



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“FACTORES ASOCIADOS QUE INFLUYEN EN LA
DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN UNA
RESIDENCIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO”**

TRABAJO TERMINAL

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN GERONTOLOGÍA**

PRESENTA:

LIC.T.F. POLET JOALLY GONZÁLEZ DÍAZ

DIRECTORA:

Dra. en C. Ed. Micaela Olivos Rubio

REVISORAS:

Dra. en C.S. María Dolores Martínez Garduño

Mtra. Andrea Guadalupe Sánchez



TOLUCA, MÉXICO, JUNIO DE 2016

| ÍNDICE | Pág. |
|---------------------------------|-------------|
| Introducción..... | 8 |
| Planteamiento del Problema..... | 10 |
| Justificación..... | 12 |
| Objetivo General..... | 13 |
| Objetivos Específicos..... | 13 |
| Metodología..... | 14 |

Capítulo I

ADULTO MAYOR

| | |
|---|----|
| 1.1 Concepto de Adulto Mayor..... | 17 |
| 1.2 Cambios fisiológicos del envejecimiento..... | 18 |
| 1.3 Estereotipos..... | 22 |
| 1.4 Necesidades Básicas..... | 23 |
| 1.5 Familia..... | 25 |
| 1.6 Apoyo Social..... | 26 |
| 1.7 Polifarmacia en el adulto mayor..... | 30 |
| 1.8 Economía..... | 34 |
| 1.9 Jubilación..... | 36 |
| 1.10 Percepción de la salud en el adulto mayor..... | 40 |
| 1.11 Marco Jurídico del adulto mayor..... | 41 |
| 1.12 Espiritualidad en el adulto mayor..... | 45 |
| 1.13 Institucionalización..... | 48 |

Capítulo II

DEPRESIÓN

| | |
|--------------------------------|----|
| 2.1 Concepto de Depresión..... | 51 |
| 2.2 Etiopatogenia..... | 52 |

**“Factores Asociados que influyen en la Depresión de los Adultos Mayores
en una Residencia de la Ciudad de México”**

| | | |
|-----|-------------------------|----|
| 2.3 | Etiología | 54 |
| 2.4 | Tipos de Depresión..... | 56 |
| 2.5 | Diagnostico..... | 57 |
| 2.6 | Pronostico..... | 59 |
| 2.7 | Tratamiento..... | 59 |

Capítulo III

RESULTADOS

| | |
|--------------------------------|----|
| Descripción de Resultados..... | 61 |
| Discusión..... | 68 |
| Conclusiones..... | 75 |
| Propuestas..... | 76 |
| Fuentes de Información..... | 77 |
| Anexos..... | 80 |

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población representa uno de los mayores desafíos para la sociedad en general y los sistemas de salud en particular. Entre las necesidades de salud de los ancianos, las relacionadas con la salud mental, adquieren un especial interés porque tienen una relación directa con el incremento de la demanda de los servicios de salud y sus costos, los servicios sociales y la calidad de vida.

Existe un gran índice de depresión en residencias, asilos, centros e instituciones para ancianos, tanto en hombres como en mujeres debido al abandono y soledad de sus familiares. A partir de un diagnóstico que los factores que incidan en la Residencia de los Adultos Mayores, se podrán establecer estrategias de intervención local que les ayudarán. Por lo tanto, se formuló la siguiente pregunta ¿Cuáles son los factores asociados que influyen en la depresión de los Adultos Mayores en una Residencia de la Ciudad de México?

Los Beneficios que aportarán los resultados de la investigación a los Adultos Mayores en una Residencia de la Ciudad de México será Diagnosticar oportunamente la depresión, para el desarrollo de sus actividades de la vida cotidiana y para adquirir una mejor calidad de vida. Sin olvidar que tendrán una mejor economía ya que habrá una disminución de costos en los tratamientos o medicamentos.

La investigación tiene como objetivo general Analizar los factores asociados que influyen en la depresión de los adultos mayores en una Residencia de la Ciudad de México.

El Marco Referencial está integrado por 2 capítulos, el primero sobre el Adulto Mayor y el segundo sobre la Depresión en un contexto clínico.

En cuanto a la Metodología el estudio presenta un enfoque cuantitativo con una línea de Investigación en salud comunitaria, el tipo de estudio es descriptivo, transversal, tipo de muestreo fue no probabilístico (a criterio del investigador) con

una muestra de 50 residentes y con la técnica de investigación que es la encuesta asistida y como instrumentos fueron el cuestionario de datos sociodemográficos y la escala de Depresión de Yesavage

Respecto a los resultados en la residencia de adultos mayores existe una relación significativa en cuanto a su estado civil, ocupación anterior, percepción del estado de su salud, economía personal y en la pensión de jubilación con la depresión.

La propuesta es que cuando se institucionalice un adulto mayor en la residencia se les realice una historia de vida completa para que se observe en que características y condiciones ingresan a la residencia y seguir aplicando continuamente las escalas para un mejor control.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un trastorno que afecta de manera indistinta a las personas, sean mujeres, niños o adultos, este trastorno se ha tornado como un problema de salud pública no solo por la afectación de la calidad de vida, si no por su magnitud y frecuencia en la que se está presentando a nivel mundial. (Alonso, 2012)

Con el aumento de los adultos mayores en el mundo se espera que haya una mayor incidencia de múltiples enfermedades crónicas entre las que se incluye la depresión, se constituya la principal causa de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez. Los síntomas depresivos tienen un efecto negativo sobre las capacidades funcionales del Adulto Mayor. (Ávila, 2007)

Las tasas más bajas de depresión reportadas en el mundo de acuerdo con el artículo acerca de la depresión como problema de salud pública en México es en los países de ingreso bajo y medio como son India, México y China, mientras las tasas más altas se observaron en países con ingreso altos incluidos Francia, Holanda y Estados Unidos. (Wagner, 2012).

Otros estudios realizados en México con adultos mayores de una comunidad rural reportaron la presencia de depresión que va de leve a moderada en un 56.8%, utilizaron la escala de Yesavage para evaluar la depresión. (Sánchez, García, Flores, & Báez, 2014)

En estos trastornos mentales, una de la población más vulnerables son los adultos mayores en quienes se han observado pérdida de roles sociales, pérdida en la red social, enfrentan el pensamiento de la muerte más cercanas entre otras cosas.

En México de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010 señala que hay una población de 112 336 538 personas residentes en el territorio nacional.

En el 2010 la población adulta mayor representa el 9.3% de los habitantes del país que corresponde a 10.9 millones. Las proyecciones para el 2050 se estima un incremento del 21.5% (INEGI, 2010)

En el artículo de la dinámica demográfica y proyecciones de población realizada en México se encuentra que la población de adultos mayores el porcentaje es del 45.9% son hombres y el 54.1% son mujeres.

De acuerdo a las edades y porcentajes se estima un 32% tiene 60 y 64 años, 42.1% entre 65 y 79 años, 12 % entre 80 a 84 años y 13.9% tiene 85 años o más. (CONAPO, 2010).

En México, la Secretaría de Salud refiere que en las instituciones públicas de salud se proporciona 209'000'000 de consultas externas y solamente el 1% es atendido por motivo de salud mental.

Se encontró que la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) reporta que el 28.6% de la población mexicana presento alguno de los 23 trastornos mentales siendo los más prevalentes ansiedad, abuso de sustancia y estados de ánimo. (Espinosa & Orozco, 2015)

La Organización Mundial de la Salud afirma que actualmente cinco de las 10 causas más importantes de discapacidad son de origen psiquiátrico y se piensa que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. (Jonis, 2013)

Se ha observado que existe una gran frecuencia de depresión en residencias, asilos, centros e instituciones para ancianos, debido al abandono, aislamiento y soledad de sus familiares.

El costo económico de este trastorno es elevado, pero el costo en el sufrimiento humano asociado con la carga y la angustia del cuidador es significativo. (Tabloski, 2010)

Con base a lo anterior se formulará la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados que influyen en la depresión de los adultos mayores en una residencia de la ciudad de México?

JUSTIFICACIÓN

En un artículo realizado en Santiago de Chile sobre la Depresión se encuentra que la palabra depresión viene del latín depressio, y decir –hundimiento “Es un trastorno que varía desde, baja transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma hasta el síndrome clínico de gravedad y duración con signos y síntomas asociados”. (Nájera, 2010)

Los beneficios que aportarán los resultados de la investigación a los Adultos Mayores de la residencia será diagnosticar oportunamente la depresión, que adquieran un mejor desarrollo en sus actividades de la vida cotidiana y calidad de vida. Sin olvidar que tendrán una mejor economía ya que habrá una disminución de costos en los tratamientos o medicamentos.

Al considerar este incremento se tendría que pensar en que la depresión será un trastorno más frecuente, de tal forma que para proponer estrategias de atención se requiere identificar los factores asociados a la depresión.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores asociados que influyen en la depresión de los adultos mayores en una residencia de la ciudad de México.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Describir las características socio demográficas de los adultos mayores.
- 2) Identificar los problemas de salud del adulto mayor.
- 3) Conocer la relación familiar de los adultos mayores.
- 4) Correlacionar los factores de estudio con los resultados de la depresión en los adultos mayores.

METODOLOGÍA

- a) Enfoque del estudio: Cuantitativo
Línea de Investigación: Salud Comunitaria
- b) Tipo de Estudio: Descriptivo y Transversal
- c) Universo de Estudio: 140 adultos mayores de los cuales solo 70 no tienen deterioro cognitivo y son independientes. De estos 70, la muestra de la investigación fue de 50 residentes ya que 12 de ellos no se encontraban en ese horario y los 8 no quisieron participar en la investigación. De acuerdo a los criterios que manejan en la residencia
- d) Tipo de Muestreo: No probabilístico, al criterio del investigador
- e) Muestra estadística: 50 adultos mayores con un nivel cognitivo normal de una residencia de la ciudad de México
- f) Técnica de investigación: Encuesta Asistida

Instrumentos:

Cuestionario de recolección de datos sociodemográficas con 25 reactivos de opción múltiple, La Escala de depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale GDS) creada por Yesavage, que ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores de 15 reactivos.

En 1986, se creó una escala corta GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación.

El puntaje se considera de 0-5 como no deprimido y de 6-15 como deprimido.

En la escala de depresión corta se usa para adultos mayores con buena salud, con afecciones físicas, enfermedades médicas y aquellos con deterioro cognitivo leve a moderado que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos.

Se ha usado extensamente en entornos comunitarios y de cuidados de largo plazo. La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como en la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la auto calificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos. (Sheik & Yesavage, 1986).

g) Procedimiento de investigación

Fase Teórica:

El marco referencial se estructuro mediante la revisión bibliográfica existente de bibliotecas como fue de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México en Toluca y de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México en la Ciudad de México, de revistas como Redalyc, Scielo, Elsevier, buscador Google Académico y página de Organización pública como son la CONAPO e INEGI

Fase Empírica:

Se solicitó la autorización para aplicar los instrumentos en la Residencia “Hogar San Vicente” ubicada en la Ciudad de México, Delegación Coyoacán, para gestionar la autorización de la investigación. Una vez permitida la investigación se determinaron los días martes y los horarios de 14 a 20 horas, se asistió una vez a la semana en el turno vespertino. La residencia lleva un control de la clinimetría del Mini Mental ya que la realizan cada seis meses para observar su deterioro y en marzo del 2016 se aplicó la clinimetrías.

Se determinó que el consentimiento informado fuera verbal ya que los adultos mayores no pueden firmar nada para ninguna investigación.

A los 50 participantes se les dio a conocer el consentimiento informado, explicando el objetivo de estudio, si el adulto mayor aceptaba se les realizaba la aplicación de los instrumentos.

Fase Analítica:

Se realizó una base de datos en el programa estadístico de SPSS versión 22 en español, para el tratamiento de los datos recopilados y obtener medidas estadísticas de tendencia central y dispersión como la prueba de Chi- cuadrada para su descripción y análisis.

Aspecto Bioético de la Investigación

La presente investigación de acuerdo al Reglamento General de Salud el estudio se considera como una Investigación sin riesgo ya que se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (Madrid, 1986)

MARCO DE REFERENCIA

CAPITULO I ADULTO MAYOR

1.1 Concepto de Adulto Mayor.

Los adultos mayores son personas de 65 años o más. (Burke & Walsh, 2006)

El grupo de mayores de 65 años incluye a una población con un amplio espectro de edades, estados de salud y capacidades generales. Aunque los deterioros físico mental y sensorial aumentan con la edad, las limitaciones graves e incapacitantes son relativamente raras en los adultos mayores. La dedicación a un envejecimiento sano permite a los adultos mayores conseguir el máximo de su potencial humano y disfrutar de “la edad de oro”. (Burke & Walsh, 2006)

La vejez es un periodo de la vida en el que se debe hacer frente a una serie de circunstancias personales, laborales, familiares y culturales, que modifican la percepción de si mismo y afectan a la propia identidad. (Wong, 2002)

El envejecimiento de la población representa uno de los mayores desafíos para la sociedad en general y los sistemas de salud en particular. Entre las necesidades de salud de los ancianos, las relacionadas con la salud mental, adquieren un especial interés porque tienen una relación directa con el incremento de la demanda de los servicios de salud y sus costos, los servicios sociales y la calidad de vida. (Sánchez, 2012)

La preocupación por la situación de las personas mayores forma parte de un amplio proceso de toma de conciencia, respecto del envejecimiento de las sociedades y los desafíos económicos, sociales, políticos y culturales. (García, 2006)

1.2 Cambios Fisiológicos del Envejecimiento

Hay 2 tipos de envejecimiento:

La evolución y la involución, que corresponde al crecimiento y al envejecimiento.

A partir de los 35 años aparece la involución a partir de los 60 años el metabolismo es más lento.

Sistema Musculoesquelético:

Los huesos, músculos, cartílagos se atrofian.

Las articulaciones se hacen más rígidas.

Disminución de la talla.

Los huesos se vuelven más porosos (osteoporosis)

Se encorva la columna (se acentúa la curva natural de la columna “la cifosis” la cavidad torácica disminuye de volumen mientras las costillas se desplazan hacia abajo y hacia delante altera la apariencia y la movilidad) y hay degeneración de los discos intervertebrales.

El deterioro de las funciones musculares es tanto mayor cuanto menor haya sido la actividad física previa.

Las fibras musculares se pierden y pueden llegar a ser sustituidas por tejido fibroso

Sistema Nervioso:

Alrededor de los 35 años mueren diariamente por millares de neuronas de un ser humano.

Disminución de reflejos.

Torpeza general de los movimientos.

Disminuye la reserva de oxígeno.

Disminuye la circulación cerebral con el envejecimiento hasta un 10% la atrofia encefálica aparece más en la zona frontal.

Engrosamiento y fibrosis de las meninges.

La sustancia blanca se oscurece por la acumulación de pigmentos como la lipotucsina y grasa.

En las neuronas hay cuerpos denominados de inclusión, en las neurofibrillas hay placas seniles. Las dendritas se van haciendo menos numerosas y se van atrofiando.

El Cerebro disminuye de tamaño y peso

Sistema Cardiovascular:

Corazón: disminuye de peso y volumen, atrofia de las fibrillas musculares, acumuló de material de desecho, rigideces valvulares y aumento de grasa.

Primera causa de los adultos mayores son enfermedades cardiovasculares

Crece el ventrículo izquierdo y aumenta las zonas de fibrosis.

Aorta: Aumento del perímetro, espesor, volumen, peso y longitud, rigidez de fibras elásticas capilares, reducción en las arterias de calibre mediano y pequeño.

En las arterias se observa un aumento de peso, grosor y volumen por el excedente de grasa y calcio se van acumulando en el interior de los vasos sanguíneos y disminuye la circulación (arterioesclerosis) y hay disminución de la red capilar.

Capilares: Reducción global de la red, aumento de la frecuencia de las pulsaciones cardiacas. Aumento progresivo de la presión sistólica, con hipertrofia secundaria del ventrículo izquierdo.

El proceso del envejecimiento cardiaco se llama miocardioesclerosis y conduce un desequilibrio en la velocidad de la circulación, disminución de la tensión venosa por esta razón hay una mayor cesión de oxígeno a los tejidos y una mayor perdida de calor por eso se explica la frecuencia de las manos y pies fríos.

Sistema Respiratorio:

Baja elasticidad de los músculos respiratorios

Disminuye el volumen de aire

Baja la capacidad respiratoria y dificultad para respirar (disnea)

Adelgazamiento o desaparición de los tabiques interalveolares.

Disminuye el número y el calibre de los capilares

Sistema Genitourinario:

Disminuye la elasticidad de la vejiga

Disminuye la capacidad y dificulta la evacuación

Cambios en la estructura de la uretra

Alteraciones en la próstata (prostatitis aguda- infección de la glándula prostática)

Diverticulitis (formación de cavidades en el colon inferior)

Aparato Reproductor Masculino:

Hay problemas de impotencia y falta d vitalidad sexual.

En ancianos de 80 años es posible obtener erecciones completas y actos sexuales plenamente satisfactores.

El tejido muscular se puede entrenar y de este modo aumentar sus capacidades, habilidades y fuerza sexual depende de factores psicológicos, de afecto, cultura.

La espermatogénesis no se pierde en edad muy avanzada y existen individuos de 80 a 90 años que han sido capaces de procrear un hijo.

Aparato Reproductor Femenino:

En la vulva a atrofia de los tegumentos, labios mayores se arrugan, se atrofia el clítoris, el color de la región es más pálido y amarillento.

Se reducen las dimensiones de las paredes vaginales perdiendo un 50% de elasticidad., el epitelio vaginal se atrofia, hay rigidez, estrechamiento y resequedad que produce prurito.

El útero atrofiado a los 70 años es más pequeño y se desplaza hacia delante como consecuencia de la esclerosis de los órganos de fijación.

Mamas:

Las mamas sufren un proceso general de atrofia, hay signos de regresión que los lleva a grados de flacidez extrema volviéndolas péndulas y rugosas.

Con atrofia y esclerosis del tejido glandular.

Sistema Digestivo:

Los procesos se lentifican, se atrofia y la insuficiencia funcional en general:

Boca_ pérdida de dientes y la saliva se escasea

Esofago_ sus movimientos peristálticos disminuyen.

Estomago_ adelgazamiento de la mucosa, disminución de la secreción de ácidos y jugos digestivos se retrasa el vaciamiento hacia el intestino

Intestino Delgado_ reducción en la capacidad de absorción, la glucosa se absorbe lentamente, el calcio se absorbe pobremente.

Hay dificultad para que se absorba el hierro (anemia).

Colon_ hay zonas de atrofia y aumenta la incidencia de divertículos que son pequeñas hernias en su pared y pólipos.

Disminuye su tono muscular, se vuelve lento.

Favorece el estreñimiento.

Higado_ reduce sus dimensiones

Disminuye su poder de regenerarse y expuesto a la litiasis biliar

Sistema Hematopoyético:

La medula ósea esta disminuida con disminución de células, retraso en la maduración y reducción de la mitosis.

En los eritrocitos hay reducción de la hemoglobina.

Disminución de la actividad enzimática.

Los leucocitos presentan ligera disminución de su número con aumento de los neutrófilos y disminución de los linfocitos.

Disminución de las plaquetas.

El bazo y los ganglios linfáticos disminución de volumen y engrosamiento de la cápsula y atrofia del tejido linfático.

Sistema De Los Tejidos Orgánicos:

La aparición de arrugas en la piel está ligada a las modificaciones de los tejidos grasos subcutáneos, así como una pérdida de la elasticidad.

Disminuye las proteínas fibrosas, la lipofusina y el colágeno.

Hipertrofia de las células de pigmentación del sistema histológico especialmente en las partes no protegidas de la epidermis que producen manchas coloreadas llamadas lentigo seniles estas aparecen por las transformaciones de la piel.

Glándulas sudoríparas y sebáceas se atrofian (la piel se reseca) y obstaculiza el proceso de sudación.

Tejidos Conjuntivos:

El pelo y las uñas disminuye su crecimiento y tiende a caerse

Disminuye la grasa subcutánea

Prurito senil (comezón)

Deshidratación tisular y progresiva (se adelgaza la piel) (Nicola, 2002)

1.3 Estereotipos

Los estereotipos son creencias sociales compartidas sobre grupos o categorías sociológicas, tienen gran permanencia en el tiempo y su característica más destacada. (Morales, 2009)

Los estereotipos negativos y prejuicios de la vejez son relevantes ya que pueden influir en la conducta y en la salud física y psicológica de las personas mayores. (Mena, 2005)

Los estereotipos y los prejuicios afectan la calidad de vida como la seguridad personal, la comodidad física, el disfrute, las relaciones, dignidad, privacidad, autonomía, bienestar personal y la autoestima.

Clasificación de los Estereotipos:

Un estudio de Psicología Evolutiva y de la educación de la universidad de Málaga considerado tres dimensiones de los estereotipos negativos hacia la vejez.

1) *Dimensión Salud:*

Expresa deterioro de la salud, discapacidad, deterioro cognitivo y de la memoria y las enfermedades mentales.

2) *Dimensión Motivacional:*

Se relaciona con insuficiencias afectivas e interpersonales, falta de intereses vitales de las personas mayores, poca efectividad laboral.

3) *Dimensión Carácter- Personalidad:*

Se refiere a la rigidez mental y problemas de labilidad emocional.

Los factores de riesgo facilitan que los Adultos Mayores se les estereotipe negativamente y expresen prejuicios en contra de ellos se refieren a enfermedad, discapacidad, lentitud funcional, problemas intelectuales, trastornos mentales, dependencia física de un familiar o cuidador, aislamiento social, carecer de familia. Hay riesgos autogenerados por el viejo como el aislamiento social, inactividad física y el consumo en exceso de alcohol, tabaco o drogas. Expresiones negativas y peyorativas relativas a los viejos como betabel, bola de años, caduco, chocho, fósil, momia, ruco, viernes, pasita, pergamino, vetarro, viejodido y carcamal. (Mendoza & Martinez, 2008)

1.4 Las Necesidades Básicas

De acuerdo con Abraham H. Maslow cada hombre tiene una serie de necesidades básicas que se expresan gráficamente en forma de una pirámide.

En su base se encuentran las necesidades fundamentales que en caso de encontrarse satisfechas permiten la satisfacción de otras, hasta llegar al vértice dichas necesidades son:

Fisiológicas:

Que son el resultado de lo que el hombre requiere como mínimo para sobrevivir como respirar, comer, excretar, conservar la temperatura, mantenerse hidratado, entre otras.

Estas necesidades son tomadas en cuenta para la planeación de los espacios destinados para el hombre como adecuada ventilación e iluminación.

De Seguridad:

Son aquellas que dan la estabilidad, la independencia, protección o ausencia del miedo, esta necesidad se manifiesta en dos campos principales el físico y el psicológicos.

De Pertenencia:

Son aquellas que incluyen el amor y el afecto.

Esta necesidad se satisface mediante el contacto con los integrantes de la comunidad como son los vecinos, compañeros, amigos, entre otros.

De Estimación:

Se manifiesta en dos conjuntos, el primero es el deseo de fuerza, de logro, adecuación, maestría y competencia, confianza ante el mundo, independencia y libertad. El segundo el anhelo del prestigio, status, fama y gloria.

De Autorrealización:

Es el resultado de ser lo que se quiere y puede ser, esta necesidad se encuentra en el vértice de la pirámide y por lo tanto es el resultado de fuerzas psíquicas

personales, pero que resultan de la existencia plena dentro de un ambiente estimulante. (Carranza, 1995)

1.5 Familia

El término familia proviene del latín famulus, que significa esclavo doméstico. Familia era el conjunto de esclavos pertenecientes a un hombre y familia id est patrimoniun, el organismo social. Se define a la familia como el grupo de dos o más personas integrantes de un mismo núcleo particular, emparentado hasta el cuarto grado de consanguinidad y seguido de afinidad.

El concepto de hogar o núcleo censal, hace referencia a la persona o grupo de personas con o sin vínculo de parentesco que tienen un presupuesto común, cocinan para el conjunto y conviven de forma habitual, ocupando una vivienda o parte de ella. La familia la define como el parentesco y la red de relaciones mucho más extensas y sutiles que las limitadas a un hogar, considera importante la descripción de elementos tales como número, crecimiento, tamaño, características demográficas, la relación de parentesco; argumenta una parte considerable de los conocimientos sobre la familia y su evolución.

En el Código de la Familia, se plantea que el hogar es el centro de relaciones de la vida en común de mujer y hombre, entre estos sus hijos y de todos con sus parientes, donde se satisfacen intereses humanos afectivos y sociales de las personas.

La familia es un grupo natural del ser humano. Es único y particular, es un conglomerado social con existencia universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad, es en ella donde se cumplen las principales funciones de socialización y su proceso individual dentro de la red intergeneracionales. (Placeres & León, 2014)

La familia es una institución social básica, posee una diversidad de roles (hijo, padre, abuelo) que la mayor parte de sus componentes van ocupando a lo largo de su vida, sus ocupantes se socializan y aprenden a desempeñar sus obligaciones en la minisociedad que constituye la familia.

La familia satisface una variedad de necesidades para sus componentes *físicos* (alimentación, vivienda, cuidado en la enfermedad) *psíquicas* (autoestima, efecto, amor, equilibrio psíquico) y *sociales* (identificación, relación, comunicación, pertenecía al grupo). Las satisfacciones de estas necesidades han variado con el tránsito de una sociedad agraria a una sociedad urbana industrializada.

La familia puede ofrecer a los ancianos un ámbito que de significado a sus vidas, al asumir su papel en la trasmisión de la vida y los valores familiares y comprobar que cuando desaparezcan del mundo sensible habrá seres que lleven su nombre y que se prolongaran sus valores.

La familia que reconoce su posición social proporciona al anciano un espacio social menos competitivo y agresivo y más adecuado a sus necesidades. (Moragas, 2004)

1.6 Apoyo Social

El apoyo social informal es un importante factor para el envejecimiento satisfactorio 1998. El apoyo social es aquella red de relaciones, que proporciona compañía, ayuda ya alimento emocional.

Las personas mayores que participan en redes sociales de manera activa y que reciben apoyo social informal tienen mejor salud física y mental que aquellos que están menos conectados.

Las relaciones familiares, denominadas *Relaciones Primarias*, se caracterizan por tener una naturaleza personal, íntima y personal de ser duraderas e implicar a las personas en una gran variedad de roles lo que les permite expresarse y comunicarse abiertamente sobre los diversos temas.

El *Apoyo Social Informal* son los cuidados y atenciones que reciben las personas mayores de forma regular para la realización de actividades que son necesarias como la familia, pareja, hijos, nietos, vecinos o amigos.

El *Apoyo Social Formal* es el proveniente de los servicios sociales, ayuntamientos, órganos estatales, instituto de mayores y servicios sociales, entidades no gubernamentales, cruz roja española, asociaciones y sindicatos.

La perspectiva funcional del apoyo social tiene la siguiente clasificación:

Apoyo Emocional o Afectivo: Es compartir los sentimientos, disponer de alguien con quien hablar, tener una persona con quien mantengas una relación de confianza e intimidad.

Apoyo Informacional: Es el consejo o información que sirve de ayuda para superar situaciones estresantes o problemas por resolver.

Apoyo Material: Es la prestación de ayuda material directa o servicios. El apoyo instrumental se relaciona con el bienestar porque reduce la sobrecarga de tareas.

Las personas suelen pedir ayuda o apoyo emocional instrumental o informacional a sus familiares, aunque también les ofrece considerable apoyo a los amigos o vecinos.

El término *convoy* fue tomado del antropólogo David Piath 1975 y se refiere a una especie de capa protectora de familiares y amigos que rodea al individuo y le acompaña a lo largo de su vida, ayudándole a afrontar los cambios que experimenta.

El Modelo Jerárquico Compensatorio en 1979 describe un orden en la preferencia del apoyo desde aquel de familiares, amigos y vecinos hasta el apoyo social formal.

La familia proporciona cuidados a todo el ciclo vital, apoyo económico, aliento y apoyo emocional, sostiene la vida comunitaria de la persona mayor.

Cuando los hijos abandonan el hogar en la familia se llama *Nido Vacío* y el *Nido Rellenado* es un momento posterior al del nido vacío en el que, después de haber abandonado la casa familiar y después de un tiempo es posible que un hijo/a divorciado/a vuelva a la casa con su familia.

La vejez va acompañada de un estrechamiento de las relaciones familiares y conyugales, relaciones cuya presencia suele producir gran satisfacción e influye de modo positivo en el bienestar de las personas. El matrimonio es más beneficioso para los hombres que para las mujeres mayores.

Gran parte de los cuidados cotidianos que reciben las personas mayores dependientes dependen de su cónyuge, siendo la ayuda prestada para la realización de tareas domésticas como limpiar, planchar, hacer la comida, como para actividades cotidianas (salir a la calle, compras, médico) y cuidados personales como el bañarse, vestirse y comer.

Con el paso del tiempo se viven algunas experiencias que supone una ruptura con la vida llevada hasta el momento. Existen diferencias entre soledad objetiva y soledad subjetiva.

Soledad Objetiva: Hace referencia a las personas que están solas, aquellas con falta de compañía permanente o temporal.

Soledad Subjetiva: Hacen referencia a las personas que se sienten solas, se trata de una situación impuesta, un sentimiento y una vivencia que aumenta con la edad.

El aislamiento social ha sido frecuentemente considerado como un factor de riesgo para la depresión. El apoyo social es importante mediador para la depresión de quienes ha sufrido una pérdida. El apoyo familiar es más importante durante la crisis mientras que el apoyo de los amigos está especialmente indicado para restablecer posteriormente la vida social y emocional.

El aislamiento emocional se refiere a la ausencia del apoyo percibido (compañerismo, intimidad, contacto físico con personas significativas) y lleva aparejado un indudable sufrimiento personal. Está relacionado con el sufrimiento personal. El cuidado de los padres ancianos es un problema principalmente de los hijos las mujeres, los más mayores y la población mayor de los niveles educativos más bajos, son más partidarios de esta obligación filial.

Al llegar a los padres a una edad anciana, los hijos apoyan ofreciendo atención y cuidados de la misma forma que años atrás habían hecho los padres con ellos y en una especie de mecanismo de descomposición denominado norma de reciprocidad.

El tipo de relación entre las personas mayores y de sus familias se ha dominado intimidad a distancia desde 1963, un tipo de convivencia en que los padres mayores viven en su propio domicilio de modo independiente y con una vida autónoma, separados físicamente del domicilio de los hijos, aunque dispuestos a ayudar cuando estos lo requieran.

La relación entre los padres e hijos adultos se asienta sobre la solidaridad intergeneracional, el compromiso de interdependencia entre las generaciones adultas de la misma familia. La consideración de que los hijos tienen la obligación de atender las necesidades de los padres.

Las familias son importantes en los momentos de crisis, especialmente durante el curso de enfermedades dependientes constituyen a la vez una situación generadora de estrés en las personas encargadas del cuidado sobretodo en el denominado *Cuidador Principal* con importantes consecuencias en su bienestar físico (cansancio, fatiga) psicológico (depresión, ira) y social (disminución de tiempo dedicado a las relaciones sociales y aislamiento social).

El termino *Inversión De Roles*, los roles se han invertido con los hijos ahora siendo padres para sus padres. La madurez filial es el sentimiento de obligación personal hacia el bienestar de los padres que tienen los hijos adultos, puede implicar un sentido de obligación o disposición a proteger ya cuidar a los padres mayores.

Las personas mayores no solo reciben sino que también dan ayudas a sus hijos incluso a sus padres longevos, los mayores no sólo son los menos receptores pasivos de ayuda y servicios. Es cierto que reciben apoyo por parte de sus hijos ayuda económica, apoyo emocional, cuidados de momentos de enfermedad o ayuda para mantener la casa, pero al mismo tiempo muchos de ellos ofrecen ayuda por ejemplo cuidando a los nietos, ayudando en tareas del hogar o en gestiones administrativas.

Las relaciones intergeneracionales y los vínculos con los abuelos establecen con sus nietos son aspectos de gran importancia que ha sido objeto de estudio por investigadores sociales. La mitad de los mayores desempeñan un rol asistencial activo si se encuentra en circunstancias personales (*capacidad*) o situacionales (*cercanía o convivencia*) apropiadas para ello.

La realización de actividades conjuntas es un vehiculo para la expresión del afecto y un medio para el conocimiento mutuo, así como causa de influencia y de asistencia. Estas actividades no solo promueven un sentido de conexión entre abuelos y nietos sino que también sirven como hecho significativo para el cual los abuelos influyen en los miembros más jóvenes de la familia. (Triadó & Villar, 2007)

1.7 Polifarmacia del Adulto Mayor

Entre los múltiples problemas de salud que afectan al adulto mayor se encuentra la polifarmacia o polifarmacoterapia, considerado fenómeno habitual que concierne a la práctica médica y médica-geriátrica. Esta peligrosa condición preocupa ya a las autoridades médicas en el ámbito internacional y es de interés no sólo a nivel científico, sino también familiar y social. La presencia de varias enfermedades y dolencias lleva en ocasiones a una prescripción excesiva por parte del médico o a una automedicación por el propio paciente, con un elevado número de fármacos, lo que se llama polifarmacia.

Aunque no existe un consenso sobre el número de fármacos necesarios para considerar a un paciente polimedicado, la polifarmacia puede ser definida como el consumo concomitante y regular de 4 o más medicamentos, aunque hay autores que la describen como el consumo de 5 ó más medicamentos.

La OMS refiere a la administración simultánea de más de 3 fármacos no incluyendo vitaminas ni suplementos alimenticios para considerar la presencia de Polifarmacia

Los medicamentos modernos han cambiado la forma de tratar y combatir las enfermedades. Sin embargo, pese a todas las ventajas que ofrecen, cada vez hay más pruebas de que las reacciones adversas a los fármacos son una causa frecuente, aunque a menudo prevenible, de enfermedad, discapacidad o incluso muerte, hasta el punto de que en algunos países figuran entre las 10 causas principales de mortalidad.

Los cambios propios que ocurren con el envejecimiento afectan también a la forma en que interactúan los medicamentos y nuestro organismo, produciéndose una mayor predisposición a padecer efectos anómalos. Este es un riesgo verdadero cuando está presente la polifarmacia a cuenta de interacciones entre fármacos o efectos indeseados. Las conductas de las personas geriátricas ante un tratamiento, se condicionan a su personalidad, modo de vida, aprendizaje, inteligencia y función cerebral, y el médico debe realizar una evaluación de cada anciano antes de la simple prescripción de un fármaco, teniendo en cuenta los problemas que pudieran surgir con su uso, que genera, polifarmacia, automedicación y sobredosis con efectos deletéreos para la salud.

El paciente contribuirá al uso racional de los medicamentos cuando utilice correctamente solo los medicamentos por prescripción médica, sobre la base a su problema de salud correctamente diagnosticado.

En nuestro país, en este sentido, deben comenzar a desempeñar una función protagónica los farmacoepidemiólogos que en estrecha colaboración con el farmacéutico comunitario y los médicos de la familia deben convertirse en un equipo de salud poderoso que trabaje arduamente con el objetivo de lograr la calidad de la prescripción en general y en el paciente geriátrico en particular.

El uso racional de medicamentos requiere un grupo de acciones en el orden de la comunicación, la educación y la información, con el objetivo de alcanzar actitudes y conductas acordes con la problemática del significado de los medicamentos en la sociedad contemporánea.

Estas acciones complementarían otras que ya viene realizando el Sistema Nacional de Salud como son la ejecución del Programa Nacional de Medicamentos y el Programa de Control de Medicamentos.

El envejecimiento es un proceso fisiológico normal al que están expuestos todos los organismos vivos desde el mismo momento de su concepción. Esta etapa de la vida predispone al individuo a la aparición de enfermedades y al consumo de medicamentos. Está demostrado que los pacientes mayores de 60 años consumen 2 ó 3 veces más medicamentos que el promedio de la población en general. En esta etapa de la vida es importante hacer un uso estrictamente racional de los medicamentos. Debe ser utilizado el menor número de fármacos, los más eficaces y de menores efectos secundarios.

La mala interpretación del método terapéutico, las múltiples fallas amnésicas, el tipo de empaquetamiento de los fármacos, unido a factores económicos y sociales, como la falta de un hábitat fijo, inestabilidad familiar o prejuicios de las personas encargadas de su atención, son los factores que más inciden en el inadecuado uso de medicamentos.

En el anciano hay una lista bien establecida y conocida por los geriatras de patologías que son causa frecuente de consulta y son producidas por

medicamentos como la confusión, trastornos extrapiramidales, retención hídrica y urinaria, caídas, hipoglicemias, etc. Corresponde al médico la noble labor de atención a nuestros ancianos y velar por el uso adecuado de los fármacos.

Estudios revelan que el número de fármacos por paciente adulto mayor oscila entre 5 a 7 medicamentos y esto puede reducirse a la mitad simplemente con medidas de educación sanitaria.

En nuestro medio se reporta que las mujeres consumen más drogas que los hombres y los fármacos de mayor uso son los siguientes: Drogas cardiovasculares, 55%; drogas que actúan en el Sistema Nervioso Central (SNC), 14%; analgésicos y antiinflamatorios, 10%; Vitaminas, laxantes, antibióticos, suplementos alimentarios y otros 21%.

Los progresos en farmacología geriátrica en los últimos años han sido notables por lo que existen numerosos tratamientos para enfermedades crónicas y en la actualidad es reconocido el hecho de que no siempre se utilizan correctamente los medicamentos. Diferentes factores confluyen para generar esta situación, como son la innumerable cantidad de fármacos que aparecieron en los últimos años, la información sesgada originada casi siempre en la industria farmacéutica capitalista y la falta de un análisis crítico de la información necesaria para una correcta selección de los medicamentos.

Conocimiento racional de cada fármaco, evaluación riesgo/beneficio de cada droga, evaluación geriátrica gerontológica, plan terapéutico integrado, educación al paciente, familiares y/o cuidadores, considerar siempre la posibilidad de iatrogenia tanto al agregar como al suspender un fármaco, evaluación y ajuste constante de las indicaciones.

Por esta razón es que considera fundamental que la medicación a personas de tercera edad se realice en forma conjunta y coordinada entre los diferentes especialistas que intervienen en el tratamiento de estos pacientes, entre geriatra,

internista y médico de familia. Si se respetan estos cuidados es posible aprovechar toda la potencialidad de beneficio que tienen los medicamentos modernos, y se evitan los efectos adversos. El problema se complica aún más si se trata de ancianos, ya que ellos son los que padecen más patologías por las que se les recetan diversas drogas.

Los medicamentos modernos pese a todas las ventajas que ofrecen son causa de enfermedades, discapacidad o incluso muerte. La mala interpretación del método terapéutico, las múltiples fallas amnésicas, el tipo de empaquetamiento de los fármacos, factores económicos, sociales y la inestabilidad familiar son los factores que más inciden en el uso de medicamentos inadecuadamente. Se considera fundamental que la medicación a personas de la tercera edad se realice entre geriatra, internista y médico de familia evaluando el riesgo/beneficio de cada droga. (Portuondo., 2013)

1.8 Economía

La existencia de limitaciones sociales sobre los roles y funciones de los adultos era bastante frecuente, se observa el aumento en la proporción de adultos era bastante frecuente, a medida que se observa el aumento y los cambios de su estado de salud, calidad de vida, opciones sociales y diversidad económica. Las variaciones de la situación económica entre los Adultos Mayores son más importantes de lo que nunca ha sido, disfrutaban de una situación económica bastante cómoda en números considerables de casos. (Burke & Walsh, 2006).

La mayoría de las sociedades actuales ha venido experimentando tasas de natalidad y mortalidad cada vez más bajas, así como una paulatina pero constante prolongación de la esperanza de vida y un incremento de población en los grupos etarios más avanzados. Este proceso social que conocemos como envejecimiento poblacional ha generado en muchas naciones la preocupación por conocer el

grado de bienestar o calidad de vida al que tienen acceso las personas adultas mayores en distintos ámbitos, como los relacionados con la salud, los arreglos residenciales y los entornos favorables.

Un área de especial importancia en la calidad de vida de los adultos mayores está vinculada con la satisfacción de ciertos requerimientos básicos relacionados con los ingresos que perciben y la cantidad, calidad y distribución de bienes que tienen a su disposición. En lo que respecta a los ingresos, se ha otorgado especial atención a los obtenidos mediante la seguridad social, así como a los generados por la permanencia en el mercado laboral o de otros mecanismos de ayuda que tienen que ver con las redes de apoyo que se generan alrededor de la población adulta mayor.

Con relación a la distribución de bienes, en la vejez se incrementan las probabilidades de experimentar un deterioro económico cuyo impacto puede poner en riesgo la supervivencia de las personas adultas mayores, además de que la oportunidad de obtener ingresos dignos ya sea por su trabajo o por su pensión o jubilación. La atención de sus necesidades económicas es un área prioritaria que la sociedad, el gobierno y los encargados de realizar políticas públicas que garanticen un bienestar integral de este sector de la población.

México existe grandes condiciones socioeconómicas, políticas y culturales que a lo largo de la historia han provocado situaciones de iniquidad, que sin duda se reflejan en el grado de satisfacción de las necesidades económicas a las que tienen acceso distintos grupos.

Seguridad económica en la vejez

La seguridad económica de las personas adultas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida.

Para las personas en edad avanzada, contar con seguridad económica es fundamental para disfrutar un envejecimiento en condiciones de dignidad e independencia; además de satisfacer las necesidades de los adultos mayores, permite que tomen decisiones y continúen participando activa y significativamente en la vida cotidiana, cumpliendo roles importantes dentro de las familias.

A pesar de la importancia del concepto, a primera vista podemos notar que tiene muchas implicaciones y encierra gran complejidad, pues no sólo denota que los adultos mayores tienen recursos, sino cuántos tienen, la periodicidad con que los reciben y los adultos mayores tengan plena disponibilidad de esos recursos.

La seguridad económica se han identificado tres pilares de protección: la familia, el mercado y el Estado. De estas tres fuentes de ingresos, dos son consideradas como formales y una como informal. Las fuentes formales corresponden a la participación económica (salarios y remuneraciones al trabajo) y a la seguridad social (pensiones, seguros de salud, subsidios por discapacidad), mientras que los apoyos familiares (ayuda monetaria, regalos,) son reconocidos como una fuente informal de ingreso para los adultos mayores, pero cuya importancia es alta.

Una persona adulta mayor experimentará cierta situación económica en función de su historia laboral, de la accesibilidad que haya tenido a los sistemas de protección social, de los ahorros y bienes acumulados a lo largo de su vida, de su historia familiar, del contexto económico, político y social en el que le toque desenvolverse y, evidentemente, de sus características sociodemográficas; por lo que las desventajas que se hayan experimentado en cualesquiera de estos ámbitos se reflejarán en el grado de seguridad económica que se posea. Con todo esto, es de esperarse que alcanzar un grado razonable de seguridad económica. (Madrigal, 2010)

1.9 Jubilación

La jubilación supone al abandono del periodo laboral y productivo por excelencia de la persona y no debe hacerse equivalente a la vejez puesto que no es exclusivo en las personas de 65 años. Puede producirse en diferentes momentos de la vida ya sea de manera voluntaria o de circunstancias vitales (pérdida del empleo, cuidar a la familia o por enfermedad).

Es una transición del rol del trabajador del jubilado y supone un cambio importante en el ciclo vital. Modifica estructura de roles, la organización de nuestra vida cotidiana, nuestros hábitos y competencia personal. No es característico en todos los países solo en los más avanzados.

La jubilación supone laboralmente un cambio brusco de la actividad a la inactividad, está suele vivirse como un proceso, es cambiante y variable.

Atchley en 1976 sugiriendo al ajuste del proceso de jubilación varia a lo largo del tiempo. Según el, en un principio la persona se plantea expectativas de cómo será su jubilación y hace planes más o menos alcanzables (*Fase de Prejubilación*), después se intenta hacer todo lo que se deseó y no se pudo cuando se estaba trabajando o se intenta descansar, reduciendo cualquier tipo de actividad (*Fase de Luna de Miel*), algunas personas no son capaces de encontrar algunas actividades satisfactorias (*Fase de Desencanto*), porque sus expectativas no se han cumplido, se empieza a construir percepciones más realistas respecto a la jubilación (*Fase de Reorientación*), hasta que se logra un ajuste en las percepciones y la realidad (*Fase de Estabilización*) se llega a la fase final del proceso de jubilación.

La edad, el género, el nivel de ingresos, la categoría laboral, el nivel educativo y el estado civil so variables que marcan diferencias en la adaptación en el proceso de jubilación.

La edad cronológica, no es un criterio válido para identificar, las aptitudes, las capacidades, habilidades o necesidades de las personas, otros criterios como el tipo de actividad desarrollada, la eficacia, la creatividad, la trayectoria laboral, las

condiciones de trabajo, la personalidad, el estado civil, el estado de salud o los acontecimientos estresantes que se han vivido puede arrojar que es el momento más idóneo para jubilarse. El proceso de jubilación puede ser una experiencia diferente para ambos géneros. La diferencia en la historia laboral, en el estatus adquirido, en las experiencias generales de la vida, puede afectar a sus decisiones, a la planificación y ajuste a la jubilación.

Otra varia que afecta al proceso de jubilación es el estado civil. La situación que proporciona ser casado constituye un apoyo en la transición a la jubilación y en la jubilación misma. Las personas casadas se ajustan mejor a este proceso. El nivel educativo se ha considerado una variable en el ajuste de la jubilación, cuanto más alto sea el nivel educativo mejor suele ser la adaptación a la jubilación.

Los ingresos económicos son una determinante fundamental de la mejor o peor adaptación a este acontecimiento. Ingresos inadecuados y problemas financieros están asociados con insatisfacción y mal ajuste.

La pérdida del rol del trabajador es más problemática para aquellos jubilados que estaban en puestos de poco prestigio que para los que ocupaban puestos de reconocimiento personal y profesional.

Determinantes Psicosociales

El estado de salud es un factor importante en la vivencia de la jubilación porque puede adelantar o atrasar el retiro laboral, favorecer o limitar la realización de actividades y la cantidad de contactos sociales.

La salud como causa de jubilación han encontrado que el hecho de jubilarse por motivo de problemas de salud no predice el estrés en la jubilación.

La personalidad, la autoeficacia y el locus de control puede servir como fuertes indicadores de la planificación y ajuste a la jubilación.

El locus de control, el locus de control interno (creencia de la propia persona en su capacidad para controlar los sucesos vitales) lleva a expectativas más positivas respecto a la jubilación, basadas en la capacidad para controlar las consecuencias

asociadas. Una de las variables sociales que influye en la jubilación es el apoyo social (familia, amigos, compañeros), con lleva a una adaptación más exitosa en la jubilación.

Actitudes hacia la Jubilación

La persona que se jubila puede aceptar su situación, puede intentar cambiarla, puede renunciar a sus intereses, puede aislarse de sus relaciones sociales, estos comportamientos provocan que la adaptación a la jubilación sea más o menos problemática. La persona mayor puede considerar la jubilación como una liberación y puede pensar que es un premio al trabajo realizado. Puede provocar aburrimiento y apatía por la falta de expectativas proyectos y actividades con las que llenar el tiempo que antes se dedicaba al trabajo.

La persona puede tomar una actitud ambivalente respecto a la jubilación como mantener varias actitudes conjuntamente.

Planificación de la jubilación

La jubilación es un acontecimiento relevante de la vida personal, una jubilación positiva es el resultado de un proceso continuo de identificación de deseos, necesidades, desarrollo de planes para llenarlos a cabo, este proceso es la esencia de una correcta planificación de la jubilación.

Programas de preparación para la jubilación

Planificar la jubilación es una necesidad personal que va a depender de los recursos y estrategias de la persona aprenda a poner en marcha.

La preparación para la jubilación nació en el seno de la industria estadounidense en 1947 con el objetivo de ayudar a las personas con una cierta edad a abandonar su papel productivo y al adaptarse a una nueva forma de vida.

La preparación para la jubilación, no ha de iniciarse unos meses antes si no en los últimos años de la vida laboral, de una manera continuada.

En los programas de preparación en la jubilación, cada tema suele ser tratado por un especialista: psicólogo, médico, economista, abogado.

Añadir más vida activa, plena y con salud a los años de jubilación es el objetivo final de todo programa dirigido a quienes entran en esta etapa de su vida.

Jubilación Tardía

Existe otro factor de población, se retira del mundo laboral después de los 70 años o bien nunca se jubila. Más allá de los 65 años los estudios sobre los beneficios y desventajas psicológicas de continuar trabajando son inexistentes debido a la poca disponibilidad y al tipo de trabajo que realizan estas personas. (Triadó & Villar, 2007)

La ocupación del tiempo libre y el tiempo de actividades que se realizan son fuentes de bienestar y de satisfacción.

El tiempo de la jubilación no debe identificarse como tiempo libre o tiempo de ocio entendiendo como tiempo para no hacer nada. La jubilación da la oportunidad a cada uno de desarrollar el arte de vivir el tiempo de acuerdo a nuestra personalidad, preferencia, nos deja demostrar si somos sabios administradores del ciclo vital. Mantenerse activo tiene efectos positivos sobre la persona mayor sino conocer que efectos sobre físico y mental tiene la realización de diferentes tipos de actividades.

Las actividades de tipo físico, las productivas y sociales reducen estados emocionales como la depresión, incrementa la felicidad, mejora la longevidad y el nivel funcional. Las actividades informales que se hacen con familiares y amigos son las que producen más satisfacción.

La salud es un determinante fundamental en la jubilación, también lo es para el desarrollo de las actividades de la vejez, el impacto del estado de salud sobre la realización de actividades es mayor que el impacto de la edad en si misma, los

mayores más sanos están mejor preparados para asumir diferentes roles e implicarse en más actividades y redes de interacción social. (Triadó & Villar, 2007)

1.10 Percepción de la Salud en los Adultos Mayores

La salud puede ser entendida desde in punto de vista *objetivo* un indicador como el número de enfermedades diagnósticas o la gravedad de las misma, o *subjetivo* determinado por cómo valoran las personas su propia salud. No existe una relación lineal entre cómo valoran las personas mayores su salud y la salud objetiva.

La salud percibida es de interés en el ámbito sanitario ya que es un indicador de satisfacción con la vida y malestar emocional y predice el grado de utilización de servicios, así como el indicador de mortalidad, puede ser útil para la planificación y el desarrollo de programas, servicios sanitarios y sociales con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la adaptación que se producen en el envejecimiento.

La salud percibida se relaciona negativamente con la edad, con la presencia de problemas de salud, con la dependencia, con la soledad, relación que es más estrecha entre las mujeres y también se asocia de forma positiva, con el nivel económico, con el nivel educativo, con la supervivencia, con el apoyo social, con el estilo de vida de tal forma que en cuanto más saludable sea este mejor la salud percibida.

El papel de los factores conductuales y ambientales en la explicación de la salud y la dependencia en personas mayores existe importancia en los factores conductuales de riesgo y de protección de la salud como de los estudios experimentales sobre la conducta ya que se manifiesta la estrecha relación entre ambas. La salud o la ausencia de la misma, la enfermedad, tiene gran influencia sobre la conducta, mientras las enfermedades agudas provocan respuestas emocionales y limitaciones en el funcionamiento cognitivo en cualquier momento del ciclo vital, la enfermedad crónica tiene efectos más drásticos, la conducta

también influye sobre la salud, de forma que en determinados hábitos de comportamiento como el tabaco, la dieta, ejercicio, pueden influir en la aparición de enfermedades y dependencia. (Triadó & Villar, 2007)

1.11 Marco Jurídico del Adulto Mayor

En México el 25 de junio de 2002 se publicó la Ley de los Derechos de las personas Adultas Mayores por el presidente Vicente Fox Quesada y decreto el congreso general de los estados unidos mexicanos se creará con seis títulos, la última reforma publicada fue el 17 de Diciembre 2015. En el ámbito de las entidades federativas 25 estados de la república integran en su marco jurídico una legislación específica para ese grupo de población. En México existe una amplia legislación que compromete al gobierno y a la sociedad al cumplimiento y aplicación de la normatividad, enfocada a la inclusión laboral de grupos en situación de vulnerabilidad.

El objetivo principal es promover su inclusión y permanencia laboral sin discriminación y en igualdad de condiciones, con la obligación de impulsar el desarrollo humano de este grupo.

Ley De Los Derechos De Las Personas Adultas Mayores

La Secretaría De Desarrollo Social (SEDESOL) Y El Instituto Nacional De Las Personas Adultas Mayores (INAPAM)

Realizado por el trabajo e investigación de los legisladores que elaboraron este instrumento jurídico, interesados en el bienestar de los hombres y mujeres de los 60 años de edad y más, con la Finalidad que los adultos mayores puedan vivir mejor.

Artículo 5to. _ De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley tiene por objeto garantizar a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

I. De la integridad, dignidad y preferencia:

- a. A una vida con calidad
- b. Al disfrute pleno, sin discriminación ni distinción alguna, de los derechos que ésta y otras leyes consagran.
- c. A una vida libre sin violencia.
- d. Al respeto a su integridad física, psicoemocional y sexual.
- e. A la protección contra toda forma de explotación.
- f. A recibir protección por parte de la comunidad, la familia y la sociedad, así como de las instituciones federales, estatales y municipales.
- g. A vivir en entornos seguros dignos y decorosos.

II._ De la Certeza Jurídica

- a. A recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial que los involucre, ya sea en calidad de agraviados, indiciados o sentenciados.
- b. A recibir el apoyo de las instituciones federales, estatales y municipales en el ejercicio y respeto de sus derechos.
- c. A recibir asesoría jurídica en forma gratuita en los procedimientos administrativos o judiciales.
- d. Atención preferente en la protección de su patrimonio personal y familiar, testar sin presiones ni violencia.

III._ De la Salud, Alimentación y de la Familia:

- a. A tener acceso a los alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.
- b. A tener acceso preferente a los servicios de salud.
Gocen del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.
- c. A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como su cuidado personal.

Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores.

IV._ De la Educación:

- a. A recibir de manera preferente el derecho a la educación que señala el artículo 3ro.
- b. Las instituciones educativas, públicas y privadas, deberán incluir en sus planes y programas los conocimientos relacionados con las personas adultas mayores.

V._ Del Trabajo:

A gozar de igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones que les permitan un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo deseen, así como a recibir protección de las disposiciones de la Ley Federal del Trabajo y de otros ordenamientos de carácter laboral.

VI._ De la Asistencia Social

- a. A ser sujetos de programas de asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.
- b. A ser sujetos de programas para contar con una vivienda digna y adaptada a sus necesidades.
- c. A ser sujetos de programas para tener acceso a una casa hogar o albergue, u otras alternativas de atención integral, si se encuentran en situación de riesgo o desamparo.

VII._ De la Participación:

- . A participar en la planeación integral del desarrollo social (bienestar, barrio, calle, colonia, delegación o municipio)

- b. De asociarse y conformar organizaciones de personas adultas mayores para promover su desarrollo e incidir en las acciones dirigidas a este sector.
- c. A participar en los procesos productivos, de educación y capacitación de su comunidad.
- d. A participar en la vida cultural, deportiva y recreativa de su comunidad.
- e. A formar parte de los diversos órganos de representación y consulta ciudadana.

VII._ De la Denuncia Popular

Toda persona, grupo social, organizaciones no gubernamentales, asociaciones o sociedades, podrán denunciar ante los órganos competentes, todo hecho, acto u omisión que produzca o pueda producir daño o afectación a los derechos y garantías que establece la presente Ley, relacionada con las personas adultas mayores.

Decálogo de los derechos de las personas adultas mayores:

1. Derecho a una vida con calidad, sin violencia y sin discriminación.
2. Derecho a un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial
3. Derecho a la salud, alimentación y familia.
4. Derecho a la educación.
5. Derecho a un trabajo digno y bien remunerado.
6. Derecho a la asistencia social.
7. Derecho a asociarse y participar en procesos productivos de educación y capacitación en su comunidad.
8. Derecho a denunciar todo hecho, acto u omisión que viole los derechos que consagra la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
9. Derecho a la atención preferente en establecimientos públicos y privados que presten servicio al público.

10. Derecho a contar con asientos preferentes en los servicios de autotransporte.

1.12 Espiritualidad en el Adulto Mayor

Rivera- Ledesma y Montero- López en 2005 ambas son convicciones espirituales y estilos de vida, hay diferencias entre religiosidad y espiritualidad.

La religiosidad es de naturaleza esencialmente social y se vive como cuerpo de conocimientos, ritos, normas y valores que rigen la vida del individuo interesado en vincularse con lo divino, mientras que la naturaleza de la espiritualidad es singular, específica y personal, se caracteriza por un sentimiento de integración con la vida y con el mundo, se vive como la experiencia de lo divino.

Religiosidad como espiritualidad se pueden expresar social e individualmente, ambas tienen la capacidad de promover o impedir el bienestar.

La espiritualidad es la búsqueda de lo sagrado, la religión es la búsqueda de significado en formas relacionadas con lo sagrado. La espiritualidad es el corazón de la religión.

Peterson y Seligman en 2004, plantean que tanto la espiritualidad como la religiosidad hacen referencias a las creencias y prácticas basadas en la convicción de que existe una dimensión trascendente, no física, de la vida.

La espiritualidad sería universal, todas las culturas tienen concepciones y representaciones referidas a una fuerza, trascendente y sagrada, como el sentido y propósito de la vida y ofrece reglas y valores que guían las relaciones interpersonales.

Para Delgado en 2005, la espiritualidad, va más allá de la religión y de los límites culturales, se caracteriza por la fe, por un sentido de significado y propósito en la

vida, un sentido de conexión en los demás y una trascendencia de sí mismo, que resultan en bienestar y paz interior.

Una persona podría ser descrita como espiritual en la medida que trata de encontrar, saber, experiencia o relacionarse con aquello que percibe como sagrado.

La espiritualidad puede entenderse y ser evaluada como un resultado, obtenido a través de la búsqueda de lo sagrado, como la paz o el bienestar espiritual.

Desde las ciencias sociales no es posible la existencia real de lo sagrado o de Dios, si resulta posible y deseable conocer acerca de la variedad de formas en que las personas tratan de descubrir y conservar lo que perciben como sagrado.

No se trata de establecer la validez de la cura por la fe, sino de investigar el poder terapéutico o sanador de la fe de las personas en Koenig 2001.

Influencia de la Espiritualidad en la Salud y el Bienestar:

Delgado en 2005 plantea que una fuerte conexión espiritual puede mejorar la satisfacción con la vida o facilitar el adaptarse a los impedimentos.

Pargament encontró que las creencias religiosas y espirituales contribuyen a la habilidad para enfrenar efectivamente con la enfermedad, discapacidad y eventos vitales negativos.

Con relación al efecto positivo en la salud física y mental que las dimensiones religiosas y /o espirituales tienen en el tratamiento médico, se ha encontrado que, en pacientes oncológicos, la espiritualidad mejora la función inmune, aumenta la sobrevivencia, disminuye los síntomas de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, favorece los estilos de vida y comportamientos más sanos y por lo tanto contribuyen a un menor riesgo de enfermedades y mejora la calidad de vida.

Un estudio de religiosidad y bienestar en pacientes de una clínica geriátrica encontró que aquellos que no eran activos religiosamente tenían mucho más altos los niveles de uso de alcohol y tabaco, depresión, ansiedad y cáncer, que aquellos que eran muy activos religiosamente, los que además, disfrutaban de buena salud física y mental.

Otros beneficios que aporta la espiritualidad tienen que ver con la longevidad, el enfrentamiento a la muerte y la satisfacción vital. Koenig en 2001 encuentra que los adultos mayores que tienen una profunda y personal fe religiosa tiene una mayor sensación de bienestar y satisfacción vital que sus pares menos religiosos.

La evidencia de que la participación en actividades religiosas públicas, a través de membrecías religiosas, beneficia la salud ya que promueven conductas y estilos de vida más saludables, porque brindan un apoyo que amortigua los efectos del estrés y el aislamiento.

Envejecimiento Positivo y Espiritualidad:

Muñoz en 2002, el envejecimiento normal, alude a la etapa del ciclo vital en la cual se aprecian cambios biológicos, psicológicos y sociales y decrementos benignos propios de la edad.

Para Villar, Triadó, Resano, Osuna en 2003, llaman a un envejecimiento exitoso cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida.

Erikson, no habla de envejecimiento positivo, pero plantea que un individuo maduro debe de haber desarrollado el grado suficiente para todas las fortalezas psicosociales que resultan del desarrollo desde el nacimiento, son impulso y esperanza, autocontrol y voluntad, dirección y propósito, método y capacidad,

devoción y fidelidad, afiliación y amor, producción y cuidado, renunciamento y sabiduría.

Un envejecimiento óptimo implica una estrategia general de selectividad con los esfuerzos que se realizan y usar estrategias y actividades alternativas para compensar las pérdidas que con lleva el proceso de envejecimiento. (San Martín, 2007)

1.13 INSTITUCIONALIZACIÓN

El fenómeno de la institucionalización por si mismo es un comprendió de los cambios sociales y posibilidades depresógenas en los ancianos:

- a) El incremento de número de residencias y personas asistidas en ellas, fundamentalmente por el envejecimiento en general de la población y dificultad por parte de los hijos de cuidar a sus padres ancianos.
- b) Derivación a estos dispositivos de pacientes de asistencia hospitalaria e incluso a pacientes psiquiátricos crónicos, con el incremento de población discapacitada en estos centros y con ello una elevada tasa de depresión.
- c) La institucionalización de residencias gerontológicas y geriátricas se asocia a factores que pueden favorecer la aparición de cuadros o síntomas depresivos que producirán un aumento de la prevalencia de esta problemática.
 - Sentimientos de abandono en la residencia
 - Dificultades económicas o limitación de la posibilidad del uso de dinero
 - Aislamiento o alejamiento de la que entonces había sido su red social habitual lo cual conduce a un desarraigo y esfuerzo de adaptación relevante
 - Cambios significativos en el estilo de vida con incremento de grado de estrés, adaptación obligada a un reglamento y normas que pueden

incidir negativamente sobre su intimidad o autonomía y dar lugar a sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad o bajo nivel de satisfacción vital.

- Falta de objetivos y actividades; ambiente estéril de la institución impersonalidad.
 - Incremento de las auto percepciones de déficit de salud y de la ansiedad ante la muerte.
- d) La institucionalización es la existencia de una enfermedad crónica (discapacidad importante de pérdida de autonomía), una edad elevada y una falta de apoyo sociofamiliar (pérdida del cónyuge) lo cual incide al incremento de la depresión.
- e) La institución y la depresión, son la edad media de la población atendida en ella: el sexo, la incidencia es más
- f) elevada en mujeres; las características físicas del entorno y el trato humano de cuidadores (falta de interés y disminución de autoestima); etapa de adaptación de la persona a su nueva residencia, el uso de fármacos para el tratamiento de enfermedades crónicas que suelen afectar a los residentes. (Cervera & Sáiz, 2006)

El ingreso en una residencia para ancianos puede suponer uno de los cambios capaces de generar mayor estrés. El hogar del anciano adquiere connotaciones que trasciende la realidad de un espacio físico.

A través de los años y de las experiencias vividas en el entorno familiar, las distintas partes de la casa han sido impregnadas de recuerdos y emociones que pueden actuar a modo de testimonio vivido, se encuentran todos aquellos objetos y posesiones que unen al anciano con su pasado. Abandonar la casa familiar supone abandonar parte importante de su propia vida, que en muchos casos puede resultar dolorosa.

El ingreso a una residencia geriátrica supone una forma de reubicación especialmente dura y difícil de elaborar, cuando el anciano deja su casa para ir a

vivir con algún familiar, sigue teniendo a su alcance personas que lo conocen y que le recuerdan a cada gesto quien es, como es y quien fue.

El ingreso a una residencia geriátrica a diferencia del traslado lleva a una incorporación a un ambiente tan extraño como artificial, que el anciano es un desconocido.

La institución geriátrica es un centro que debe regirse por una serie de normas, acrecentando con esto, la pérdida del sentido del control personal.

No resulta extraño que el recién ingresado se desoriente a la nueva realidad a la que se debe de adaptar.

El “*Síndrome del Primer Mes*” algunos residentes recuperan su nivel funcional previo a la admisión, mientras que otros continúan a un progresivo deterioro hasta el momento de su muerte.

Los ancianos que viven en la comunidad y usuarios de instituciones geriátricas, coinciden en la presencia de mayores tasas de deterioro cognitivo, trastornos afectivos y manifestaciones depresivas en la población institucionalizada.

(Salvarezza, 2000)

CAPITULO II

DEPRESIÓN

2.1 Concepto De Depresión

Del latín depressio, y decir –hundimiento “Es un trastorno que varía desde, baja transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma hasta el síndrome clínico de gravedad y duración con signos y síntomas asociados”. (Nájera, 2010)

Es el estado en el que el paciente sufre una persistencia de los estados de ánimo tristes y pesimistas, pérdida de interés de todas las actividades, una disminución de energía, que suele ir acompañado de síntomas somáticos como la fatiga, insomnio y alteraciones del apetito, síntomas cognitivos como la baja autoestima, pérdida de memoria, pobreza, concentración y lentitud en el pensamiento y lenguaje. (Triadó & Villar, 2007)

La depresión es un síndrome clínico caracterizado por un tono bajo de humor, dificultad para pensar, cambios somáticos, precipitados por sentimiento de pérdida o culpa. (Tabloski, 2010)

En El Informe Del Instituto De Mayores Y Servicios Sociales (IMSERSO) sobre las personas mayores señalando que la depresión tiene una tasa del 10.3%.

En ancianos institucionalizados, la tasa de prevalencia es significativamente mayor, estiman que el 80 por 100 de los ancianos que viven en instituciones muestran síntomas depresivos(Nazario, Rubio, & Alexandre, 2004)

Todo esto anudado a que los síntomas provocan malestar clínicamente significativos o deterioro social o laboral, de otras áreas importantes de la actividad del individuo, en que los síntomas son sean ocasionados por sustancias o enfermedad médica y que no explican mejor por presencia de un duelo (Ibor, 2002)

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos varia considerablemente entre los países y poblaciones dependiendo del criterio diagnostico tomando en cuenta, las técnicas de muestreo o del método usado para la valoración. (Díaz, Alemán, & Jaimes, 2004)

En el plano epidemiológico la depresión se puede considerar a cualquier edad, es evidente que la prevalencia aumenta con la progresión de está encontrando la más alta en proporción directa.

Al igual se ha demostrado en estudios epidemiológicos es mayor la frecuencia de alteraciones afectivas en la mujer, siendo el climaterio la etapa con mayor índice de ella. Un mayor acumulo de trastornos depresivos se encuentra en sujetos ancianos con menor capacidad adquisitiva y con el nivel cultural o educacional de acuerdo con la población en general.

Estos trastornos son más frecuentes en mujeres casadas que entre hombres casados, en los que han enviudado o no se casaron, separados o divorciados, así como los que viven solos y socialmente aislados o los que no tienen hijos. Hay mayor incidencia en zonas urbanas que en rurales. (Díaz, Alemán, & Jaimes, 2004)

La depresión no se considera una cuestión personal y privada, se ha convertido en un asunto de interés general, es un problema de salud pública. La elevada prevalencia e impacto negativo de la depresión ha sido documentada a nivel nacional e internacional. (Lara & Robles, 2010)

2.2 Etiopatogenia

El perfil etiopatogénico de la depresión en el anciano es diferente y que los factores causales están directamente relacionados con los cambios debidos al propio proceso de envejecimiento. Parte de esos cambios se producen en los diferentes sistemas de neurotransmisión.

**“Factores Asociados que influyen en la Depresión de los Adultos Mayores
en una Residencia de la Ciudad de México”**

| SISTEMA NORADRENÉRGICO | | |
|-------------------------|----------------|------------|
| Neuronas adrenérgicas | Locus Ceruleus | Disminuido |
| Alfa-2 receptoras | Corteza | Disminuido |
| Beta- receptores | Córtex | Disminuido |
| SISTEMA SEROTONINÉRGICO | | |
| Nivel Serotoninérgico | Córtex | Disminuido |
| Transportador 5HT | Neocórtex | Disminuido |
| Receptor 5HT1A | Hipocampo | Aumentado |

Aparte de los cambios de los neurotransmisores, existen factores que generan desencadenan el trastorno depresivo en el anciano. Lo que podemos clasificar en tres grupos:

1) *Farmacológicos:*

Los principales grupos del síndrome depresivo en el anciano son agentes cardiovasculares, analgésicos, antimicrobianos, antipsicóticos, hipotensores, antineoplásicos, antidiabéticos.

2) *Somáticos:*

La pluripatología es constante en los ancianos, sien do muchas las entidades patológicas que pueden inhibir o agravar el síndrome depresivo como insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, hipo e hipertiroidismo, diabetes mellitus, neoplasia de páncreas, parkinson, demencia, tumores cerebrales y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (EPOC)

3) *Psicosociales:*

Comparado con otros grupos de edad, es en el grupo de ancianos donde más influye este tipo de factores depresógenos, tanto como en el inicio como en el desarrollo de las depresiones. (González, 2010)

2.3 Etiología

Existe una serie de factores de riesgo y la depresión aparece en mayores de edad avanzada (80 años), tienen más peso sobre los factores físicos y de disfunción cerebral que los genéticos y de personalidad. La depresión en una edad avanzada nace de una sensación de incapacidad y desesperanza frente a las pérdidas reales inevitables.

Biológicos:

Existen una serie de factores estructurales en el cerebro como la disminución de los neurotransmisores (noradrenalina, acetilcolina, dopamina y serotonina)

La disminución del flujo cerebral y los accidentes vasculares cerebrales en el hemisferio izquierdo es probable que provoquen depresión mayor.

La influencia genética es menor para presentar depresión después de los 60-65 años. Determinadas enfermedades como la demencia, Parkinson, enfermedades cardiovasculares presentan asociación a cuadros de depresión, puede actuar como factores de riesgo, las limitaciones sensoriales, el deterioro funcional o la discapacidad.

Algunos medicamentos pueden favorecer a la depresión entre ellos son los antihipertensivos, antineoplásicos y los corticoides.

Pérdida de la función física.

Psicológicos:

La personalidad son las asociaciones entre la depresión del anciano y trastornos o rasgos de personalidad dependientes y obsesivos.

Pérdida Significativa como lo es la Jubilación y la Viudez

Perdida de la memoria.

Aislamiento.

Psicosociales:

Existen determinados acontecimientos vitales estresantes que pueden precipitar una depresión como la muerte de sus familiares, la emancipación de los hijos, las rupturas de pareja, propia enfermedad o discapacidad y la necesidad de institucionalización

Cualquier evento vital estresante tiene un efecto negativo mayor si la persona no dispone de una red social y familiar de apoyo.

La depresión es el principal factor de riesgo para el suicidio. Entre el 60 y el 90% de los ancianos que intentan suicidarse presentan síntomas depresivos.

La depresión puede causar deterioro cognitivo, la falta de atención y concentración que se da en la depresión puede explicar los déficit cognitivos leves que se dan en las personas mayores, incluso para la alteración de la memoria asociada al envejecimiento (AMAE). (Triadó & Villar, 2007)

Las manifestaciones de la depresión se acompañan de varias formas, algunas pueden manifestar la apariencia física de la depresión, incluso cuando esta no exista. Muchas enfermedades logran producir depresión de manera directa o evocar una reacción depresiva, se observa sobretodo en alteraciones que producen miedo o dolor crónico, incapacidad y dependencia.

- Trastornos Metabólicos como la deshidratación, trastornos de equilibrio, hipoxia, hiponatremia, hipernatremia, hipoglucemia e hiperglucemia, hipocalcemia e hipercalcemia.
- Endocrinos como es el hipotiroidismo e hipertiroidismo, diabetes, enfermedad de Cushing
- Infecciones, virales como la neumonía, encefalitis y las bacterianas como la neumonía, infección urinaria y endocarditis.
- Cardiovasculares como la insuficiencia cardiaca congestiva, infarto agudo al miocardio

- Pulmonares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasias malignas.
- Digestivas como las neoplasias malignas (páncreas, estomago), colon irritable y enfermedad ácido- péptica.
- Genitourinarios es la incontinencia Urinaria
- Músculo Esquelético como la enfermedad articular degenerativa, osteoporosis, fractura de la cadera y la polimialgia reumática
- Neurológicas como la enfermedad cerebro- vascular, isquemia cerebral transitoria, demencia, tumores primarios y enfermedad de parkinson.
- Otros Anemia, deficiencias vitamínicas, neoplasia hematológica. (Díaz, Alemán, & Jaimes, 2004)

2.4 Tipos De Depresión

Depresión Mayor:

Los síntomas depresivos tienen una duración mayor de dos semanas, existe un predominio de estado de malestar, puede ir acompañada o no de melancolía, con o sin problemas psicóticos, constante déficit de memoria, puede evolucionar hacia la demencia. Lo que es característico de este tipo de depresión en los ancianos es la mayor presencia de síntomas somáticos como falta de energía, trastornos de sueño, trastornos de apetito, puede presentarse ideas de suicidio.

Distimia:

Es menos grave respecto a la intensidad de los síntomas que la depresión mayor, aunque más crónica, supone una duración de al menos dos años. Suele haber antecedentes en la edad adulta.

Trastorno Adaptativo Depresivo:

Los síntomas depresivos se relacionan con algún factor estresante de tipo psicosocial como la jubilación, duelo, cambio de entorno. Su duración no debe de alargarse más de seis meses una vez desaparecido el factor estresante.

Depresión Menor:

Es un trastorno con una intensidad menor de los síntomas, aunque más recurrente, con una duración de al menos dos semanas. No se relaciona al estrés como desencadenante.

2.5 Diagnóstico

La depresión en el anciano no debe basarse siempre en los criterios y procedimientos clínicos habituales, esto es debido a los cambios biopsicosociales propios del proceso del envejecimiento y las especiales características que pueden presentar el trastorno depresivo en mayores en cuanto a la forma de presentación, asociación con otros cuadros clínicos, enmascaramiento de enfermedades. (González, 2010)

Cuando haya sospechas de trastorno depresivo en el anciano debe tener presente los siguientes indicadores:

- Aspecto y arreglo personal descuidado
- Expresión facial de tristeza
- Llanto fácil
- Alteraciones de sueño
- Cansancio permanente
- Falta de apetito
- Insomnio precoz
- Malestares injustificados
- Preocupaciones o temores

- Problemas de memoria y concentración
- Inutilidad
- Marcha con impresión de cansancio
- Movimiento anormalmente lentos
- Problemas de atención durante una entrevista
- Tono de voz bajo (González, 2010).

El estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer tiene que tener más de cuatro indicadores como son:

- ✓ Pérdida o aumento de peso
- ✓ Insomnio o hipersomnia
- ✓ Agitación o retraso psicomotor
- ✓ Fatiga o pérdida de energía
- ✓ Sentimientos de minusvalía o culpa
- ✓ Dificultad para concentrarse
- ✓ Ideas recurrentes de muerte o ideación suicida

Los síntomas de depresión usualmente remiten con el tiempo y los síntomas de ansiedad se hacen crónicos. El diagnóstico de la depresión es complejo. Las personas ancianas pueden experimentar como inicio un episodio maníaco, lo cual se considera atípico. En el examen físico debe ser incluida la evaluación neurológica en búsqueda de datos de focalización, el diagnóstico de laboratorio es importante, ya que nos puede ayudar a realizar el diagnóstico diferencial como biometría hemática completa, pruebas de función hepática, pruebas de función tiroidea, examen general de orina, electrocardiograma, radiografía de tórax. La disminución del tiempo de sueño con latencia acortada en la fase de movimientos oculares rápidos REM) apoya el diagnóstico. (Díaz, Alemán, & Jaimes, 2004)

2.6 Pronóstico

El pronóstico de la depresión en individuos mayores es comparable con sujetos de otras edades. Las pérdidas tanto emocionales como materiales, los bajos niveles de satisfacción vital, la existencia de miembros disfuncionales en la familia, el empeoramiento del estado de salud y la personalidad pobre son síntomas para un mal pronóstico de la depresión en los adultos mayores. (Nazario, Rubio, & Alexandre, 2004)

La depresión está relacionada con un mayor riesgo de mortalidad tanto entre sujetos institucionalizados como entre mayores hospitalizados y residentes de la comunidad. (Ibor, 2002)

2.7 Tratamiento

En el caso de la depresión la valoración médica del estado físico y de las posibles enfermedades o fármacos que puedan incidir en su estado depresivo.

Existen tratamientos farmacológicos y psicológicos:

Farmacológicos:

En algunas depresiones las mayores, se hace inevitable la administración de fármacos, a pesar que es necesario valorar detenidamente los efectos secundarios como fluoxetina, paroxetina, los depresivos son de los más utilizados. Es necesario precisar que son necesarias de una a tres semanas para que los antidepresivos sean eficaces.

Psicológicos:

La evaluación psicológica, es preceptiva la historia clínica que pueda revelar episodios depresivos así como las diversas circunstancias de su trayectoria vital y de su entorno familiar y social.

En la terapia conductual es la primera fase diagnóstica, el paciente monitoriza su humor y actividades, enumerando las que se perciben como agradables.

Los objetivos son el incremento del nivel de actividad agradable y una intensificación de habilidades sociales, promoviendo el esfuerzo social de las conductas no depresivas.

La terapia cognitiva de Beck es el tratamiento más difundido, la causa principal de los síntomas del paciente son los pensamientos negativos, poco realistas e irracionales. Se trata de identificar el contenido real de las situaciones desencadenantes.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Tabla N° 1

| <i>Características sociodemográficas de los adultos mayores en una residencia de la Ciudad de México, 2016</i> | | | |
|---|------------------------------|---------------------------|----------|
| No. | (N=50) | fx | % |
| | | EDAD | 2 |
| | | 64-69 | 7 |
| | | 70-75 | 16 |
| | | 76-81 | 18 |
| | | 82-87 | 6 |
| | | 88-93 | 1 |
| | | 94-99 | |
| | | GÉNERO | |
| | Femenino | 50 | 100 |
| | | ESTADO CIVIL | |
| | Soltera | 24 | 48 |
| | Viuda | 20 | 40 |
| | Divorciada | 6 | 12 |
| | | ESCOLARIDAD | |
| | Sin estudios | 5 | 10 |
| | Primaria | 15 | 30 |
| | Secundaria | 15 | 30 |
| | Preparatoria | 9 | 18 |
| | Licenciatura | 6 | 12 |
| | | NÚMERO DE HIJOS | |
| | | 0 | 25 |
| | | 1 | 2 |
| | | 2 | 8 |
| | | 3 | 8 |
| | | 4 | 4 |
| | | 5 | 2 |
| | | 6 | 1 |
| | | OCUPACIÓN ANTERIOR | |
| | Ama de casa | 20 | 40 |
| | Trabajadora domestica | 10 | 20 |
| | Comerciante | 8 | 16 |

**“Factores Asociados que influyen en la Depresión de los Adultos Mayores
en una Residencia de la Ciudad de México”**

| | | |
|------------------------------|----|-----|
| Vendedora | 2 | 4 |
| Secretaria | 4 | 8 |
| Profesionista | 6 | 12 |
| RELIGIÓN | | |
| Católica | 50 | 100 |
| TIEMPO DE PERMANENCIA | | |
| 0.3 -11 meses | | 2 |
| 1 – 5 años | | 24 |
| 6 – 10 años | | 17 |
| 11 – 16 años | | 7 |
| APOYO ECONÓMICO | | |
| Propio | 26 | 52 |
| Hijos | 14 | 28 |
| Hermanos | 6 | 12 |
| Sobrinos | 2 | 4 |
| Nietos | 2 | 4 |
| ECONOMÍA PERSONAL | | |
| Buena | 10 | 20 |
| Regular | 24 | 48 |
| Mala | 16 | 32 |
| ECONOMÍA FAMILIAR | | |
| Buena | 19 | 38 |
| Regular | 24 | 48 |
| Mala | 7 | 14 |
| PENSIÓN DE JUBILACIÓN | | |
| Si | | |
| No | 10 | 20 |
| | 40 | 80 |
| APOYO DE GOBIERNO | | |
| Si | 40 | 80 |
| No | 4 | 8 |
| En tramite | 6 | 12 |

Fuente: Cédula de recolección de datos

Los adultos mayores de la residencia que participaron en la presente investigación de acuerdo a la edad, la edad mínima es de 64 años y la máxima de 99, presentan una media de edad de 83 años, de estos, el 100% son del género femenino. El

**“Factores Asociados que influyen en la Depresión de los Adultos Mayores
en una Residencia de la Ciudad de México”**

48% de la población encuestada son solteras, la escolaridad que predomina con un 30% es el nivel primaria y secundaria cada una respectivamente. El número de hijos más frecuente es de 0 hijos, con un mínimo es de 0 y el máximo de 6 hijos. El 100% de la población encuestada es de religión católica y el tiempo de permanecer en la residencia, la media es de 2 años, el mínimo es de 3 meses y el máximo de 16 años.

De acuerdo a la economía de los adultos mayores de la residencia, el 52% generan su propia economía, de las cuales 24 ellas su percepción económica personal y familiar es regular con un 48% cada una respectivamente. El 80% tienen pensión de jubilación y apoyo del gobierno. (Tabla N°1)

Tabla N° 2

Problemas de salud de los adultos mayores en una residencia de la Ciudad de México, 2016

| No. | (N=50) | Fx | % |
|---------------------------------|--|-----------|----------|
| ENFERMEDADES | | | |
| | Diabetes | 2 | 4 |
| | Hipertensión Arterial | 16 | 32 |
| | Enfermedades cardiovasculares | 1 | 2 |
| | Enf. Musculoesqueléticas | 4 | 8 |
| | Hipertensión- gastrointestinales | 3 | 6 |
| | Hipertensión- cardiovasculares | 2 | 4 |
| | Hipertensión- Musculoesqueléticas | 16 | 32 |
| | Enfermedades Respiratorias | 4 | 8 |
| | Diabetes – Gastrointestinales | 2 | 4 |
| INGESTA DE MEDICAMENTOS | | | |
| | SI | 50 | 100 |
| CANTIDAD DE MEDICAMENTOS | | | |
| | 1 a 3 | 26 | 52 |
| | 4 o más | 24 | 48 |
| TIEMPO DE DIAGNOSTICO | | | |
| | 6 meses | 2 | 4 |
| | 1año | 4 | 8 |
| | Más de 2 años | 44 | 88 |

**“Factores Asociados que influyen en la Depresión de los Adultos Mayores
en una Residencia de la Ciudad de México”**

| PERCEPCIÓN DE SALUD | | |
|---------------------|----|----|
| Buena | 24 | 48 |
| Regular | 22 | 44 |
| Mala | 4 | 8 |

Fuente: Cédula de recolección de datos

Los problemas de salud de los adultos mayores en la residencia, de acuerdo a las enfermedades que presentan la mayor prevalencia es la hipertensión arterial y la hipertensión acompañado de enfermedades musculoesqueléticas con un 32% cada una, el 100% de las residentes tienen ingesta de medicamentos con una cantidad de 1 a 3 con un porcentaje del 52% y el tiempo del Diagnóstico es de más de dos años. Ante la percepción de su salud 24 adultas mayores tienen buena percepción.(Tabla N°2)

Tabla N° 3

Relación familiar de los adultos mayores en una residencia de la Ciudad de México, 2016

| No. | (N=50) | Fx | % |
|-------------------------|-----------------|----|----|
| RELACIÓN FAMILIAR | | | |
| | Buena | 26 | 52 |
| | Regular | 17 | 34 |
| | Mala | 7 | 14 |
| VISITA DE FAMILIARES | | | |
| | Nadie | 14 | 28 |
| | Hermanos | 10 | 20 |
| | Hijos | 20 | 40 |
| | Sobrinos | 5 | 10 |
| | Nietos | 1 | 2 |
| PERIODICIDAD DE VISITAS | | | |
| | No la ve | 14 | 28 |
| | Cada semana | 5 | 10 |
| | Cada mes | 9 | 18 |
| | Cada seis meses | 14 | 28 |
| | Cada año | 8 | 16 |

**“Factores Asociados que influyen en la Depresión de los Adultos Mayores
en una Residencia de la Ciudad de México”**

| TIEMPO DE DUELO | | |
|-----------------|----|----|
| Seis meses | 7 | 14 |
| Un año | 3 | 6 |
| Más de 2 años | 40 | 80 |

Fuente: Cédula de recolección de datos

De acuerdo a la relación familiar de los adultos mayores de la residencia, el 52% tiene buena relación familiar, el 40% de las visitas las realiza los hijos y la periodicidad de las visitas no los ve y son cada seis meses con un 14 % cada una respectivamente. El 80% de los adultos mayores tienen un tiempo de duelo de más de dos años.(Tabla N°3)

Tabla N° 4

*Escala de Depresión “Yesavage” de los adultos mayores en una residencia de la
Ciudad de México, 2016*

| ESCALA DE DEPRESIÓN “YESAVAGE” | | |
|--------------------------------|----|------|
| No. (N=50) | Fx | % |
| SIN DEPRESIÓN | 25 | 50.0 |
| DEPRESIÓN LEVE | 24 | 48.0 |
| DEPRESIÓN GRAVE | 1 | 2.0 |

Fuente: Cédula de recolección de datos

Los adultos mayores de la residencia que participaron en la investigación de acuerdo a la escala de depresión de Yesavage, de los cuales el 50 % de la población estudiada no presenta depresión, el 48% tiene depresión leve y solo el 2% depresión grave. (Tabla N°4)

De acuerdo a la relación significativa de cada una de las variables con pruebas de chi-cuadrado, se encontró que los todos los datos estudiados solo 5 de ellos son estadísticamente significativos como son:

La relación estadística entre la depresión y el estado civil de los adultos mayores presenta que las adultas mayores que son viudas tienen mayor probabilidad de presentar depresión en comparación con las divorciadas y las solteras. Presentando un chi-cuadrado de 7.794 con valor de ($P \leq .005$)

La relación estadística entre la depresión y la ocupación anterior de los adultos mayores tienen mayor posibilidad de tener depresión en comparación a las que se dedicaban a vender o a las profesionistas. Existe una relación estadística con valor de ($P \leq .037$).

La relación estadística entre la depresión y la percepción del estado de salud demuestra que las residentes tienen mayor índice de depresión las que tienen regular percepción de su salud en comparación con las que perciben buena percepción. La relación significativa tiene un valor de ($P \leq .012$).

Las adultas mayores de la residencia tienen la posibilidad de padecer depresión las que tienen mala percepción económica personal en comparación con las perciben buena y regular percepción. Existe relación estadística significativa, con valor de ($P \leq .001$).

La relación estadística entre la depresión y la jubilación, existe las adultas mayores que NO tienen pensión de jubilación tienen mayor posibilidad de tener depresión en comparación con las que si cuentan con una pensión. La relación significativa con valor de ($P \leq .037$).

DISCUSIÓN

En cuanto a la dinámica demográfica y proyecciones de población realizada en México por la Comisión Nacional de Población en el 2010, se estima que la población de adultos mayores de acuerdo a la edad existe mayor población entre los 65 a 79 años y en menor entre los 80 a 84 años, en relación con los resultados obtenidos de la residencia de adultos mayores existe una mayor frecuencia en la población de 80 a 84 años que en la de 65 a 79 años, obteniendo una media de 83 años en la población estudiada.

La dinámica demográfica y proyecciones de población realizada en México por la Comisión Nacional de Población en el 2010, se estima que la población de adultos mayores de acuerdo al género, existe mayor porcentaje de mujeres que de hombres, hay una coincidencia con la variable estudiada ya que la población de la residencia de adultos mayores, todas son del género femenino y la mitad de la población presenta depresión y la otra parte no la manifiestan.

En el estudio de Díaz, Alemán & Jaimes refiere que la enfermedad de la depresión es más frecuente en mujeres casadas que entre hombres casados, en los que han enviudado o no se casaron, separados o divorciados, así como los que viven solos y socialmente aislados o los que no tienen hijos, existe relación con los resultados de la investigación, ya que el mayor porcentaje de los datos de los adultos mayores son solteras y sin hijos las que no presentan depresión.

De acuerdo a la información documental de Triadó & Villar en el 2007 describe al nivel educativo ya que en cuanto más alto sea el nivel hay más adaptación en la vejez, en relación a los resultados obtenidos en la investigación no existe coincidencia ya que más de la mitad de la población de los adultos mayores tienen un nivel educativo bajo como es el de primaria y secundaria motivo por cual se dedicaban a ser amas de casa y no manifiestan una adaptación en su vejez y presentan depresión leve.

Con relación al tema de la religiosidad que se describe en el libro la espiritualidad en la tercera edad dice que es de naturaleza social, de normas y valores, que lo vincula al adulto mayor a lo divino, tiene gran sincronía con los resultados de la investigación ya que el total de la población es de religión católica y de ellas la mitad presenta depresión leve.

De acuerdo a la información documental de Triadó & Villar en el 2007 describe a la soledad como objetiva y subjetiva en el cual el primero hace referencia a las personas que están solas, aquellas con falta de compañía permanente o temporal y la segunda es cuando a las personas que se sienten solas, se trata de una situación impuesta, un sentimiento y una vivencia que aumenta con la edad, esto coincide con los datos del tiempo de permanencia que tienen en la residencia, la mitad de la población tiene un tiempo de 1 a 5 años y hace referencia a la soledad que manifiestan ya que no tienen compañía familiar y ellas refieren que se sienten solas a pesar de que viven con otros adultos mayores, de las cuales no presentan depresión a pesar de que no tienen compañía familiar.

En el estudio realizado por Tabloski en el 2010 donde se observa el costo económico en la depresión y refiere que el costo del tratamiento es muy elevado, existe simultaneidad con los resultados arrojados de la investigación donde más de la mitad de la población de los adultos mayores de la residencia su apoyo económico es propio en el cuál si padecieran la enfermedad les sería complicado llevar un tratamiento por el costo de los medicamentos, por lo tanto no manifieta ser un factor para presentar la enfermedad.

La descripción que se hace sobre los resultados que tienen los adultos mayores acerca del apoyo económico, una tercera parte de la población estudiada lo obtienen de los hijos y otro porcentaje menor de sus hermanos, existe una relación con la información documental de apoyo social de Triadó & Villar en el 2007 donde refiere que las personas mayores no solo reciben la ayuda de sus hijos, los mayores no sólo son los menos receptores pasivos de ayuda y servicios. Reciben

apoyo por parte de sus hijos de ayuda económica, apoyo emocional, cuidados de momentos de enfermedad o ayuda para mantener la casa, pero al mismo tiempo no presentan depresión.

En los resultados acerca de la economía personal de la población de adultos mayores de la residencia solo una cuarta parte de la población considera que tiene una buena economía personal, esto coincide con la información documental de economía de Madrigal en el 2010 donde refiere que las personas en edad avanzada, deben contar con una seguridad económica ya que es fundamental para disfrutar un envejecimiento en condiciones de dignidad e independencia; además de satisfacer las necesidades de los adultos mayores, permite que tomen decisiones y continúen participando activa y significativamente en la vida cotidiana, cumpliendo roles importantes dentro de las familias, sin embargo casi la mitad de la población consideran que tienen una regular percepción económica personal seguidas de una mala percepción, existe diferencia en el estudio encontrado, ya que los adultos mayores presentan este factor para la presencia de la depresión.

En los resultados que surgieron de la investigación en la residencia de los adultos mayores acerca de las enfermedades crónicas que padecen, se encuentra que más de la mitad de la población, padece de hipertensión o Hipertensión con enfermedades musculoesqueléticas, en comparación con el estudio de Ávila en el 2007 observa que, con el incremento de adultos mayores en el mundo, hay múltiples enfermedades crónicas en relación con la depresión, la cuales constituye sufrimiento y mala calidad de vida en la vejez, de las cuales el porcentaje de los adultos mayores no presentan depresión con esta variable.

Los datos encontrados en el artículo de polifarmacia del adulto mayor de Portuondo en el 2013 refiere que entre los múltiples problemas de salud que afectan al adulto mayor se encuentra la polifarmacia o polifarmacoterapia, considerado fenómeno habitual que concierne a la práctica médica y médica-geriátrica. Esta peligrosa condición preocupa ya a las autoridades médicas en el

ámbito internacional y es de interés no sólo a nivel científico, sino también familiar y social. Sin embargo, la presencia de varias enfermedades y dolencias lleva en ocasiones a una prescripción excesiva por parte del médico o a una automedicación por el propio paciente, con un elevado número de fármacos, lo que se llama polifarmacia, el número de fármacos necesarios para considerar a un paciente polimedicado, la polifarmacia es el consumo regular de 4 o más medicamentos, en relación a los datos obtenidos en la investigación en la residencia de adultos mayores se observa que menos de la mitad de la población tiene ingesta de 4 o más medicamentos al día, de acuerdo a la investigación no presentan depresión con este factor.

Del libro la vejez, una mirada gerontológica actual se menciona que la institucionalización y depresión son dos variables relacionadas entre sí por las características físicas del entorno, por la incidencia en el género femenino y por el uso de fármacos para el tratamiento de enfermedades crónicas, existe gran coincidencia con los resultados de la residencia de adultos mayores, ya que el total de la población tiene ingesta de fármacos y la mas de la mitad de ellas toman de 1 a 3 medicamentos al día y la mayoría lo realiza desde hace más de dos años que les diagnosticaron su enfermedad, lo cual están más propensas a sufrir depresión que el resto de las residentes.

De acuerdo a la información documental de Triadó & Villar en el 2007 describe que el nivel educativo es una variable en el ajuste de la jubilación ya que en cuanto más alto sea el nivel hay más adaptación en esta etapa, en relación a los resultados de la investigación existe coincidencia ya que más de la mitad de la población solo termino de estudiar la primaria o la secundaria por lo tanto casi el total de los adultos mayores no cuentan con pensión de jubilación y se manifiesta la depresión.

En el estudio de Madrigal en el 2010 describe a la seguridad económica como tres pilares de protección: la familia, el mercado y el Estado. De estas tres fuentes de ingresos, dos son consideradas como formales y una como informal. Las fuentes formales corresponden a la participación económica como los salarios y remuneraciones al trabajo, a la seguridad social como son las pensiones, seguros de salud, subsidios por discapacidad, mientras que los apoyos familiares son ayuda monetaria, regalos. Son reconocidos como una fuente informal de ingreso para los adultos mayores, coincide con los resultados obtenidos en la residencia de los adultos mayores, ya que solo una cuarta parte de la población tienen pensión de jubilación y este mismo porcentaje no cuenta con apoyo del gobierno.

La situación de la salud percibida de Triadó & Villar en el 2007 es de interés en el ámbito sanitario ya que es un indicador de satisfacción con la vida y malestar emocional, predice el grado de utilización de servicios, así como el indicador de mortalidad con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la adaptación que se producen en el envejecimiento, coincide con los datos arrojados en la investigación donde la mitad de la población estudiada de la residencia manifiesta tener buena percepción de salud y la otra parte de la población de la investigación si presentan depresión.

De la clasificación de estereotipos se realizó un estudio de psicología evolutiva y de la educación de la universidad de Málaga de Mendoza & Martínez en el 2008 considerando la dimensión de la salud como un estereotipo negativo hacia la vejez, donde expresa el deterioro de la salud, discapacidad, deterioro cognitivo y de la memoria con enfermedades mentales, en cuanto a la relación de los resultados que se obtuvieron en la residencia de adultos mayores, en cuanto a la percepción de su salud, solo algunos residentes refieren tener una mala percepción de su salud debido a las enfermedades que padecen, variable relacionada con la presencia de la depresión.

En la información documental de Triadó & Villar en el 2007, estudió el apoyo social en los adultos mayores y describe que la familia tiene que proporcionar los cuidados en todo el ciclo vital , apoyo económico y apoyo emocional, es aquella que sostiene la vida de la persona mayor, respecto a los datos que se obtuvieron de la investigación de la residencia de adultos mayores coincide con lo anterior donde los hijos son quienes realizan las visitas, con una periodicidad de 6 meses, pero en algunos casos no ven a la familia, motivo por el cual el adulto mayor se siente abandonado en la residencia, sin embargo comentan que llevan una buena relación familiar, dicha población no se relaciona con la presencia de depresión.

De acuerdo al estudio de Placeres & León en el 2014, la familia es un grupo natural del ser humano. Es único y particular, es un conglomerado social con existencia universal que abarca a la gran mayoría de los miembros de una sociedad, es en ella donde se cumplen las principales funciones de socialización y su proceso individual dentro de la red intergeneracionales, este tipo de apoyo social se le denomina informal ya que las personas mayores de forma regular realizan actividades que son necesarias como la familia, pareja, hijos, nietos, vecinos o amigos, de la información se relaciona con los resultados arrojados en la investigación en la residencia de adultos mayores, donde existen redes intergeneracionales realizadas por las visitas que realiza la familia, el mayor porcentaje es por parte de los hijos, seguidas de los hermanos y con un menor porcentaje lo realiza los nietos, de las cuales no es factor para presentar depresión.

En la clasificación de los tipos de depresión existe el llamado trastorno adaptativo depresivo que lo define como síntomas depresivos que se relacionan con algún factor estresante de tipo psicosocial como la jubilación, duelo, cambio de entorno. Su duración no debe de alargarse más de seis meses una vez desaparecido el factor estresante, de acuerdo a la información existe relación con los resultados ya que coincide con la variable de tiempo de duelo, en el cual más de la mitad de la

población estudiada en la residencia de adultos mayores, manifiestan que tiene más de dos años y no se relaciona con la presencia de depresión.

Los resultados que generaron en la residencia de adultos mayores a la aplicación de la clinimetría de depresión de Yesavage, demuestran que la mitad de la población de las residentes tienen depresión leve y la otra mitad no presentan depresión, dichos datos coinciden con el estudio realizado por Nazario, Rubio & Alexandre en el 2004 donde refleja que los ancianos institucionalizados, la tasa de prevalencia es significativamente mayor, se estima que el 80 de cada 100 de los ancianos que viven en instituciones muestran síntomas depresivos.

De acuerdo a la relación estadística de todas las variables estudiadas con la prueba chi- cuadrada solo cinco de ellas tienen relación significativa como son el estado civil, la ocupación anterior, su percepción de salud, su percepción económica personal y la pensión de jubilación, se observa que con estas variables tienen mayor posibilidad de presentar depresión en comparación con el resto de las residentes.

CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas del adulto mayor que participaron en esta investigación fueron del sexo femenino, solteras, sin hijos, con una escolaridad de primaria o secundaria, católicas, con un apoyo económico propio, con una regular percepción económica personal y familiar, sin pensión de jubilación, pero con el apoyo del gobierno, de las cuales se encuentran ciertos factores para ser propensos a la depresión.

Se identificó los problemas de salud del adulto mayor en la residencia que fueron la hipertensión arterial e hipertensión arterial acompañado de enfermedades musculoesqueléticas, con una ingesta de 1 a 3 medicamentos por día, con más de dos años de diagnóstico y tienen una buena percepción de su salud, estas no son variables para la presencia de la depresión en el adulto mayor.

Los adultos mayores de la residencia tienen una buena relación familiar, las visitas de familiares la mayoría las realiza sus hijos con un periodo de seis meses y a quien no las visita nadie, la mayoría tiene más de dos años que perdieron a un ser querido, estas variables no presentan asociación para la depresión.

De acuerdo a la escala de depresión de Yesavage se encuentra que la mitad de los adultos mayores no presentan depresión y la otra parte manifiesta depresión leve y solamente un caso con depresión grave.

Si existen factores asociados que influyen en la depresión del adulto mayor como son las características sociodemográficas, problemas de salud y la relación familiar que tiene los adultos mayores de la residencia.

PROPUESTAS

Se propone que al inicio de la institucionalización se realice una historia de vida completa para que se observe en que características ingresan a la residencia y en que puede distraerse durante su estancia, como la socialización con otros adultos mayores por medio de actividades o manualidades.

Que el personal que atiende en la residencia tenga capacitación para que puedan realizar las escalas continuamente y poder tener un tratamiento adecuado y oportuno, con platicas acerca del adulto mayor y de la importancia de las valoraciones tanto físicas y emocionales, ofreciéndoles un taller para capacitarlas y que aprendan a manejar las valoraciones.

Es importante que la residencia siga realizando las escalas de evaluación continuamente, incluyendo la escala de depresión de Yesavage, ya que es importante conocer su estado emocional.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Alonso, S. (2012). La Depresión en el Adulto Mayor. *Archivos en medicina familiar*, 5-13.
- Ávila, A. (2007). Síntomas Depresivos como factor de Riesgo de dependencia en los Adultos Mayores. *Salud Pública en México*, 367-375.
- Burke, M., & Walsh, M. (2006). *Enfermería Gerontologica. Cuidados Integrales del Adulto Mayor*. España: El Sevier.
- Carranza, A. (1995). *El Adulto Mayor en America Latina. Sus necesidades y sus problemas Médicos Sociales*. México: Centro Interamericano de Estudios .
- Cervera, C., & Sáiz, J. (2006). *Actualización de Geroatría y Gerontología*. Jaén, España: Formación Álcala.
- CONAPO. (2010). *Dinámica Demográfica y Proyecciones de Población* . México: SEGOB.
- Díaz, F., Alemán, R., & Jaimes, E. (2004). *Tópicos de Geriatria*. México: Prado.
- Espinosa, C., & Orozco, A. (2015). sintomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Mental*, 201-208.
- García, L. (2006). Manual sobre Indicadores de la vida en la Vejez. *centro Latinoamericano y demografía y división de Población*, 87-95.
- González, N. M. (2010). *Depresión un Enfoque Gerontológico*. España: Ediciones 2010.
- Ibor, J. (2002). Manual Diagnostico Estadistico de Trastornos Mentales. *El Sevier*, 132-140.
- INEGI. (2010). *Características demográficas de la Población*. México: Censo de Población y Vivienda 2010.
- Jonis, M. (2013). Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación . *Médica Herediana*, 77-79.

- Lara, C., & Robles, R. (2010). Estudio de Costo Efectividad del Tratamiento en la Depresión en México. *Salud Mental*, 301-308.
- Madrid, M. (1983). *REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE LA SALUD*. México: Diario Oficial de la Federación.
- MADRID, M. (1986). *REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN*. MÉXICO: Diario Oficial de la Federación.
- Mariana, M. (2010). Ingresos y bienes en la vejez. *Papeles de la Población*, 117-153.
- Mena, M. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Mult Geront*, 212-220.
- Mendoza, M., & Martinez, M. d. (2008). *Prejuicios y Estereotipos de la vejez*. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Moragas, M. R. (2004). *Gerontología Social*. España: Herder.
- Morales, F. (2009). Aspectos Sociologicos y Psicosociales del Envejecimiento. *Educación a Distancia*, 352-359.
- Nájera, J. (2010). *La Depresión*. Santiago de Chile: Edición Panamericana.
- Nazario, Y. R., Rubio, H. R., & Alexandre, R. M. (2004). *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Nicola, D. P. (2002). *GERIATRIA*. México: El Manual Moderno.
- Placeres, J., & León, L. (2014). La familia y el Adulto Mayor. *policlínico Universitario*, 473-483.
- Portuondo, M. (2013). Polifarmacia en el adulto mayor. *Revista Habanera de las Ciencias Médicas*, 142-151.
- Portuondo, M. (2013). Polifarmacia en el adulto mayor. *Revista Habanera de las Ciencias Médicas*, 142-151.
- Salvarezza, L. (2000). *La Vejez. Una Mirada Gerontológica Actual*. Argentina: Paidós.
- San Martín, C. (2007). Espiritualidad en la tercera edad. *Psicología, cultura y sociedad*, 111-119.

- Sánchez, C., García, G., Flores, M., & Báez, A. (2014). Síntomas depresivos versus depresión en adultos mayores de una comunidad rural . *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 321-327.
- Sánchez, S. (2012). Frecuencia de los Síntomas Depresivos entre Adultos Mayores de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 71-77.
- Sheik, J., & Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale. *clinica Gerontologica*, 165-172.
- Tabloski, P. (2010). *Enfermería Gerontológica*. España: Pearson.
- Triadó, C., & Villar, F. (2007). *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Wagner, F. (2012). Enfocando la Depresión como Problema de salud Pública en México. *Salud Mental*, 3-11.
- Wong, R. (2002). Bienestar Económico de la Población de Edad Media y Avanzada en México. *CELADE*, Santiago de Chile .

ANEXOS

**“Factores Asociados que influyen en la Depresión de los Adultos Mayores
en una Residencia de la Ciudad de México”**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS AVANZADOS
ESPECIALIDAD EN GERONTOLOGÍA**



Ciudad de México, a ____ de _____ del 2016

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este conducto **DOY MI CONSENTIMIENTO** para participar en el protocolo de investigación titulado ***“FACTORES ASOCIADOS QUE INFLUYEN EN LA DEPRESIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN UNA RESIDENCIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO”*** toda vez que el investigador responsable me explique en qué consiste mi participación.

Los datos utilizados serán de uso académico protegido mi CONFIDENCIALIDAD. Así mismo, tengo el derecho de que aclare todas mis dudas y de revocar este consentimiento en el momento en que yo lo decida.

Datos del paciente

Nombre: _____

Edad: _____ folio: _____

Firma: _____

HUELLA
DIGITAL

Datos del investigador responsable:

Nombre: _____ Firma: _____

**“Factores Asociados que influyen en la Depresión de los Adultos Mayores
en una Residencia de la Ciudad de México”**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS AVANZADOS
ESPECIALIDAD EN GERONTOLOGÍA**



CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Objetivo General: Analizar los factores asociados que influyen en la depresión de los adultos mayores en una residencia de la ciudad de México.

Núm. De Exp. _____

NOMBRE _____

Edad: _____ Sexo: _____ Edo Civil: _____

Escolaridad: _____ Número de hijos _____

Ocupación Anterior _____

Jubilado: (Si) _____ (No) _____ Religión: _____

Tiempo de permanecer en la residencia: _____

Quien la apoya económicamente: Ella/o _____ Hija/o _____ Hermana/o _____ Nieto _____

Como considera su economía personal: buena _____ Regular _____ Mala _____

Como considera su economía familiar: Buena _____ Regular _____ Mala _____

Tiene pensión de jubilación: Sí _____ No _____

Tiene algún apoyo económico del gobierno: Si _____ No _____ En Tramite _____

Enfermedades que padece:

Diabetes _____ Hipertensión Arterial _____ Hipotiroidismo _____

Enf. Cardiovasculares _____ otra: _____

Toma Medicamentos: Si _____ No _____

Cuantos: 1-3 _____ + 4 _____

Hace cuánto tiempo se le diagnostico su enfermedad:

6 meses _____ 1 año _____ + de 2 años _____

Como Considera Su Salud: Buena _____ Regular _____ Mala _____

Como es su relación con su Familia: Buena _____ Regular _____ Mala _____

Cada cuanto convive con su familia: No la ve _____ semana _____ Mes _____ 6 m _____ Al año _____

Quien viene a visitarla/o: Nadie _____ Hermanos _____ Hijos _____ Nietos _____

Tiempo de la última pérdida de un ser querido:

6 meses _____ 1ª _____ + 2ª _____

**“Factores Asociados que influyen en la Depresión de los Adultos Mayores
en una Residencia de la Ciudad de México”**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS AVANZADOS
ESPECIALIDAD EN GERONTOLOGÍA**



Objetivo General: Analizar los factores asociados que influyen en la depresión de los adultos mayores en una residencia de la ciudad de México.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS VERSIÓN REDUCIDA)

NOMBRE _____ EDAD _____

SEXO _____ FECHA _____

| | | SI | NO |
|----|--|-----------|-----------|
| 1 | ¿Está satisfecho/a con su vida? | 0 | 1 |
| 2 | ¿Ha renunciado a muchas actividades? | 1 | 0 |
| 3 | ¿Siente que su vida está vacía? | 1 | 0 |
| 4 | ¿Se encuentra a menudo aburrido/a? | 1 | 0 |
| 5 | ¿Tiene a menudo buen ánimo? | 0 | 1 |
| 6 | ¿Teme que algo malo le pase? | 1 | 0 |
| 7 | ¿Se siente feliz muchas veces? | 0 | 1 |
| 8 | ¿Se siente a menudo abandonado/a? | 1 | 0 |
| 9 | ¿Prefiere quedarse en casa a salir? | 1 | 0 |
| 10 | ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente? | 1 | 0 |
| 11 | ¿Piensa que es maravilloso vivir? | 0 | 1 |
| 12 | ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? | 1 | 0 |
| 13 | ¿Se siente lleno/a de energía? | 0 | 1 |
| 14 | ¿Se siente que su situación es desesperada? | 1 | 0 |
| 15 | ¿Cree que mucha gente está mejor que usted? | 1 | 0 |
| | PUNTUACIÓN TOTAL | | |
| | INTERPRETACIÓN: 0 a 5 NORMAL 6 a 9 DEPRESIÓN LEVE + 10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA | | |

Adaptado de Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter versión . In: Brink TL. Eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and intervention. New York Haworth, 1986.